

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NANCY CHRÉTIEN

HOMICIDE ET VOIES DE FAIT COMMIS PAR DES INDIVIDUS PRÉSENTANT
UN TROUBLE MENTAL GRAVE:
APPROCHE TAXINOMIQUE DU COMPORTEMENT VIOLENT

JUIN 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PH.D.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

HOMICIDE ET VOIES FAIT COMMIS PAR DES
INDIVIDUS PRÉSENTANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE :
APPROCHE TAXINOMIQUE DU COMPORTEMENT VIOLENT

PAR

NANCY CHRÉTIEN

Gilles Côté, directeur de recherche	Université du Québec à Trois-Rivières
-------------------------------------	---------------------------------------

Christian Joyal, président du jury	Université du Québec à Trois-Rivières
------------------------------------	---------------------------------------

Julie Lefebvre, évaluatrice	Université du Québec à Trois-Rivières
-----------------------------	---------------------------------------

Anne Crocker, évaluatrice externe	Université McGill
-----------------------------------	-------------------

Thèse soutenue le 3 juin 2011

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (D47) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Cette thèse de doctorat compte un article scientifique qui présente les résultats d'une étude rétrospective ayant pour but de démontrer le caractère taxinomique du comportement violent. L'objectif est de dégager des profils cliniques spécifiques chez les individus violents souffrant d'un trouble mental grave, et de voir comment ces profils peuvent s'appliquer au champ de l'homicide. Pour ce faire, deux types de comportements violents sont pris en compte, soient l'homicide et la voie de fait. L'échantillon comprend 157 participants, souffrant d'un trouble mental grave. Les individus sont issus de différentes régions du Québec, recrutés selon différents statuts légaux (condamnés, tenus non criminellement responsables pour cause de trouble mental, mis sous garde en raison du risque qu'ils représentent pour eux-mêmes ou pour autrui, ou hospitalisés de façon volontaire). Ils sont retenus sur la base d'une condamnation antérieure pour un homicide ou une tentative de meurtre ($n = 40$) ou pour une voie de fait ($n = 117$). Les diagnostics cliniques et les symptômes sont établis à l'aide du SCID, tandis que l'impulsivité est évaluée à partir des items « impulsivité » et « faible maîtrise de soi » à la PCL-R. La plupart des études portant sur les troubles mentaux graves et la violence sont réalisées selon une approche linéaire du comportement violent, à partir de mesures de tendances centrales. Ici, l'objectif est de démontrer le caractère taxinomique du comportement violent, c'est-à-dire de démontrer que l'homicide est différent des autres délits violents, telle la voie de fait. Pour ce faire, une stratégie d'analyses non-linéaires a été privilégiée, c'est-à-dire une stratégie d'analyses centrées sur la personne, plutôt que sur les variables, soit l'analyse des

correspondances multiples. Les résultats permettent de dégager quatre profils spécifiques chez les individus violents souffrant d'un trouble mental grave. Ils sont nommés « schizophrènes délirants », « psychotiques purs », « psychotiques délinquants » et « dépressifs fonctionnels ». Deux profils permettent de discriminer le type de délit violent : un premier associé à la présence d'un homicide et un second, aux voies de fait. Dans les deux autres profils, il n'y a pas de distinction au niveau du type de comportement violent privilégié. Ces résultats offrent des pistes de réflexion intéressantes au plan de l'évaluation, du traitement et de la gestion du risque des individus violents vivant avec un trouble mental grave.

Table des matières

Sommaire	iv
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte théorique	4
Ampleur du phénomène	5
Facteurs associés	8
Considérations méthodologiques	17
Limites des études antérieures	27
Pertinence et objectifs de la recherche	31
Problématique	32
 Chapitre I.....	 35
Homicide et voies de fait par des individus souffrant d'un trouble mental grave : Approche taxinomique du comportement violent.....	 36
Discussion générale.....	81
Conclusion	95
Références	98
Appendice	106

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de thèse, monsieur Gilles Côté. Sa passion pour la recherche, ses connaissances, son encadrement et sa rigueur m'ont amené à dépasser mes limites. Sa sensibilité, sa tolérance, sa compréhension et son support m'ont encouragé en période de doute et de découragement et m'ont permis de mener ce projet à terme.

Je tiens aussi à remercier les gens ayant contribué à la collecte des données avec lesquelles j'ai eu la chance de réaliser ce projet, en particulier madame Jeanne Vachon pour sa précieuse collaboration et sa grande disponibilité.

Je voudrais également dédier ma thèse à mon père, afin de lui exprimer ma gratitude pour avoir toujours cru en moi, m'avoir soutenu, encouragé et pour m'avoir fait promettre de mener ce projet à terme. Il nous aura quittés avant sa concrétisation mais il n'en serait pas moins fier. Merci pour tout!

Introduction

La grande médiatisation des actes de violence commis par des individus souffrant de troubles mentaux graves frappe l'imaginaire de la population. Que ce soit les schizophrènes qui s'en prennent à leurs parents, ou encore les parents dépressifs qui tuent leurs enfants avant de tenter de s'enlever la vie, la violence commise par des individus vivant avec un trouble mental touche tout le monde par l'incompréhension et l'apparente gratuité associées à ces gestes souvent excessifs et inattendus. Elle affecte l'opinion publique et mène à la stigmatisation de ces individus, qui sont parfois perçus comme particulièrement dangereux. Cependant, ce ne sont pas tous les individus vivant avec une problématique de santé mentale qui sont violents. En réalité, seule une minorité d'entre eux sont violents, mais cette minorité est responsable d'une majorité d'actes de violence attribuables aux individus vivant avec un trouble mental grave. Dans une revue de la littérature scientifique à cet effet, Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) notent que plus de 90 % des individus souffrant de troubles mentaux graves ne sont jamais violents; ceux posant des gestes violents ne seraient responsables que de 3 à 5 % de tous les gestes de violence répertoriés.

Ce travail de recherche vise donc une meilleure compréhension du passage à l'acte violent chez les individus souffrant de troubles mentaux graves. Tel que mentionné, tous les individus atteints de tels troubles ne sont pas violents, mais ceux qui le sont ne constituent pas non plus un groupe homogène. D'une part, ce ne sont pas

toujours les mêmes variables qui sont associées au comportement violent de chacun et, d'autre part, nous émettons l'hypothèse que les individus responsables de différents gestes de violence ne sont pas nécessairement les mêmes. Ainsi, cette compréhension de leur violence intégrera la notion de spécificité clinique pour tenter de dégager une spécificité propre au type de délit violent privilégié. Ce projet de recherche se distingue des autres études s'intéressant aux troubles mentaux graves et à la violence par sa stratégie d'analyse, centrée sur la personne plutôt que sur les variables, ce qui permet de dégager des profils plutôt que de se limiter à des tendances centrales. Dans le but de bien situer la problématique à la base de l'article scientifique contenu dans cette thèse, le contexte théorique dressera d'abord le tableau des connaissances actuelles sur les troubles mentaux graves et la violence en général et, plus spécifiquement, sur l'homicide commis par des individus souffrant de tels troubles. Il sera principalement question des diagnostics principaux et complémentaires associés au passage à l'acte violent, sans négliger la symptomatologie associée. Les spécificités cliniques dégagées dans les études antérieures seront décrites, et l'analyse des limites des recherches antérieures permettra la formulation de la problématique et des objectifs de ce projet de recherche. Par la suite, l'article scientifique sera présenté dans son intégralité, suivi d'une discussion générale du travail de recherche, pour terminer avec la conclusion de ce projet doctoral.

Contexte théorique

Ampleur du phénomène

Il est généralement reconnu que les individus vivant avec un trouble mental grave présentent un risque accru de comportements violents, comparativement à ceux de la population générale (Douglas, Guy & Hart, 2009; pour une revue de la littérature scientifique, voir Côté & Hodgins, 2003; Dubreucq et al., 2005; Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann, 2009; Hodgins, 2001). Les troubles mentaux graves réfèrent aux troubles psychotiques, c'est-à-dire ceux du spectre de la schizophrénie, et aux troubles graves de l'humeur, soit à la dépression majeure et au trouble bipolaire. Différentes voies d'études ont permis de démontrer ce lien. L'une d'elles porte sur l'homicide commis par des individus souffrant de troubles mentaux graves, ce qui confère une certaine spécificité à ce type de délit.

L'homicide est un comportement violent particulier. Il est rare et constitue le geste de violence le plus extrême. Selon Statistique Canada, le taux d'homicides commis au Canada se situait à 1,81 par 100 000 habitants en 2009 (Statistique Canada, 2010). Dans une méta-analyse récente, Large, Smith et Nielssen (2009) estiment qu'environ 6 % de tous les homicides seraient commis par des individus vivant avec un trouble mental du spectre de la schizophrénie, dont le taux d'occurrence annuel varie entre 0,02 et 0,36 pour 100 000 habitants. Il s'agit du seul type de délit où la présence d'un trouble mental est discriminante. En fait, une association directe a été observée entre les troubles

mentaux graves et l'homicide, aussi bien chez l'homme que chez la femme (Schanda et al., 2004; pour une revue de la littérature scientifique, voir Asnis, Kaplan, Hundorfean & Saleed, 1997). Les troubles mentaux graves sont beaucoup plus fréquents chez les individus ayant commis un homicide que dans la population générale. À cet effet, une étude épidémiologique a permis d'observer une prévalence de 20 % de troubles psychotiques chez l'ensemble des suédois ayant commis un homicide entre les années 1988 et 2001. De ce nombre, 9 % souffraient de schizophrénie, ce qui apparaissait même sous-estimé aux chercheurs, car ces résultats ne prenaient pas en considération les homicides suivis d'un suicide (Fazel & Grann, 2004). Il est toutefois à noter que la prévalence de la schizophrénie se situe habituellement autour de 6 % chez les auteurs d'homicide (Eronen, Hakola & Tiihonen, 1996a; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006; Simpson, Skipworth, McKenna, Moskowitz & Barry-Walsh, 2006).

Wallace et ses collaborateurs (1998) ont pris soin de distinguer les types de comportements violents. En considérant les différents types de délits, c'est à l'homicide que les troubles mentaux graves sont le plus fortement associés. Ainsi, en distinguant l'homicide et les délits violents non homicides, les individus souffrants de schizophrénie sont de 5 à 18 fois plus susceptibles que ceux de la population générale de commettre un homicide, alors qu'ils sont 3 à 5 fois plus susceptibles d'être condamnés pour un délit moins violent. Ceux souffrant d'un trouble de l'humeur sont pour leur part 2 à 14 fois plus susceptibles d'être condamnés pour un homicide, alors qu'ils sont également 3 à 5 fois plus susceptibles d'être condamnés pour un délit moins violent. Dans le même sens,

une étude asiatique distingue les individus ayant commis un homicide et ceux ayant blessé intentionnellement autrui, sans que s'en suive le décès de la victime (Koh, Peng, Huak & Koh, 2005). Au niveau du diagnostic principal, ils observent que les individus ayant commis un homicide sont moins nombreux à souffrir de schizophrénie, tandis qu'ils sont plus nombreux à souffrir de dépression majeure, comparativement à ceux ayant fait preuve de violence moins sévère. Alors que les études portant sur la violence en général démontrent que celle-ci est associée aux troubles mentaux graves, Asnis et ses collaborateurs (1997) précisent que tous les diagnostics sont sur-représentés chez les individus homicides. En fait, les troubles du registre de la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux y sont tous plus prévalents que dans la population générale.

Les recherches réalisées auprès des délinquants incarcérés ont aussi démontré que, comparativement aux détenus responsables d'autres types de délits, les détenus homicides sont plus nombreux à souffrir de troubles mentaux graves (Côté & Hodgins, 1992; Erb, Hodgins, Freese, Muller-Isberner & Jockel, 2001; Eronen et al., 1996a). À cet effet, Côté et Hodgins (1992) ont observé une prévalence plus élevée de troubles mentaux graves à vie chez les détenus incarcérés ayant déjà commis un homicide (32 %), comparativement aux autres délinquants des pénitenciers du Québec (21 %). La schizophrénie et la dépression majeure sont encore les problématiques les plus prévalentes et, dans la plupart des cas, le trouble mental était présent avant la commission de l'homicide. Plus récemment, dans une étude américaine considérant tous

les troubles mentaux graves, Matejowski, Cullen et Solomon (2008) observent pour leur part une plus grande prévalence de troubles de l'humeur que de troubles psychotiques chez les délinquants homicides; il importe de préciser que les données de leur étude ont été recueillies sur dossiers uniquement.

Facteurs associés

Symptomatologie

Au-delà du trouble mental en lui-même, la symptomatologie est l'une des variables souvent étudiée quant à son lien avec la violence. Toutefois, les résultats ne sont pas stables et dépendent grandement du type d'échantillon à l'étude. Malgré tout, selon une revue de la littérature scientifique, de façon générale, une association positive est observée entre la présence de délires et le passage à l'acte violent, principalement en ce qui concerne le délire de persécution (Björkly, 2002a). De façon plus spécifique, une configuration particulière de symptômes a été étudiée, communément nommée le Threat/control-override (TCO) (Link & Stueve, 1994). Le TCO réfère à un délire de contrôle et d'influence caractérisé par un sentiment de menace, une impression d'être contrôlé par des forces extérieures et la perception que des pensées étrangères sont introduites dans son esprit. Mis à part les données du projet MacArthur (Monahan et al., 2001), selon lesquelles le TCO n'est pas associé à un risque accru, les résultats des autres études ont démontré que les individus présentant les symptômes du TCO sont significativement plus violents que ceux ne présentant pas cette configuration de

symptômes (Hodgins, Hiscoke & Freese, 2003; Link & Stueve, 1994; Link, Stueve & Phelan, 1998; Swanson, Borum, Swartz & Monahan, 1996). Il importe toutefois de préciser que l'échantillon du projet MacArthur est issu du milieu de la psychiatrie générale uniquement; il ne tient compte que des patients tenus non criminellement responsables pur cause de trouble mental ou incarcérés (voir Côté, 2000, pour une critique de la représentativité de l'échantillon).

Les conclusions sont plus mitigées en ce qui concerne les hallucinations. Dans une revue de la littérature scientifique portant sur les hallucinations et les comportements violents, Bjørkly (2002b) arrive à la conclusion qu'il n'y a pas d'évidence à l'effet que les hallucinations auditives impérieuses soient dangereuses en elles-mêmes, bien qu'elles puissent conduire au comportement violent, dépendamment de la réponse du sujet à ses hallucinations. L'effet de l'hallucination mandatoire serait significatif sur le passage à l'acte uniquement lorsqu'elle est associée à un délire de persécution. Taylor et ses collaborateurs (1998) soutiennent à cet effet qu'en l'absence d'un délire, l'hallucination n'a pas d'effet sur le passage à l'acte.

Alors que le lien entre les symptômes psychotiques et la violence en général n'est pas démontré de façon stable dans la littérature scientifique, il est plus clairement établi dans le cas de l'homicide. Selon certains auteurs (Joyal, Putkonen, Paavola & Tiihonen, 2004; Nordström, Dahlgren & Kullgren, 2006; Shaw et al., 1999), la majorité des homicides attribuables aux individus souffrant de schizophrénie auraient été commis en

réponse aux symptômes psychotiques, ou du moins, par des individus présentant des symptômes positifs aigus au moment du passage à l'acte. À cet égard, parmi tous les homicides survenus en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 1999, 10 % de tous les individus homicides présentaient des symptômes au moment du délit (62 % souffrant de symptômes dépressifs et 46 % de délires ou hallucinations) (Shaw et al., 2006). Parmi les individus vivant avec un trouble mental grave spécifiquement, nombreux sont ceux qui présentent une symptomatologie active au moment de commettre l'homicide, soit entre 40 et 64 % (Joyal et al., 2004; Nordström et al., 2006; Taylor & Gunn, 1999). Selon Taylor et ses collaborateurs (1998), les symptômes les plus prévalents au moment du délit sont les délires, généralement de type persécutoire, les symptômes affectifs, ainsi que les hallucinations, dans une moindre mesure. Alors que certains chercheurs tels que Link et Stueve (1994) affirment que le TCO est le symptôme le plus fortement associé à la violence, à notre connaissance, une seule étude s'est intéressée à cette configuration spécifique de symptômes dans le cas précis de l'homicide. Bien que l'étude est réalisée auprès d'un petit échantillon ($n = 48$), 54 % des participants présentaient une symptomatologie active au moment de l'homicide (délire ou hallucination) et, parmi ceux-ci, 29 % des passages à l'acte sont associés au TCO, ce qui apparaît sous-estimé aux chercheurs en raison du fait qu'il s'agit de symptômes auto-rapportés uniquement (Nordström et al., 2006). De plus, en tenant compte du lien avec les victimes, ils observent que la symptomatologie active est beaucoup plus associée aux homicides d'un membre de la famille qu'à ceux des individus à l'extérieur de cette dernière. Bien que la symptomatologie soit associée au délit d'homicide, une étude

italienne réalisée auprès de détenus arrive à la conclusion que les détenus homicides présentent une psychopathologie moins grave que les autres détenus vivant avec un trouble mental grave, avec une symptomatologie moins sévère mais une plus grande hostilité ainsi qu'une méfiance plus importante (Fioritti, Ferriani, Rucci & Melega, 2006).

L'impulsivité est un autre facteur important associé à la violence, qui est présent chez plusieurs individus violents atteints d'un trouble mental grave, quel que soit le diagnostic (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001). Selon leur définition, l'impulsivité réfère à des réactions rapides, irréfléchies, exemptes de planification, et à une absence de considération pour les conséquences subséquentes des conduites, à court et à long terme; elle apparaît en bas âge. L'impulsivité caractérise certains troubles, eux-mêmes associés à la violence. Elle constitue même un critère diagnostique de certains d'entre eux. Entre autres, l'impulsivité est associée aux troubles de la personnalité, notamment au trouble de la personnalité antisociale, au trouble des conduites, au trouble bipolaire (épisodes de manie), à l'abus de substances psychoactives et à la psychopathie. La sérotonine (5-HT) est un des principaux marqueurs biologiques de l'impulsivité. Une association significative est reconnue entre une dysfonction sérotoninergique et les comportements violents (Retz, Retz-Junginger, Supprian, Thome & Rösler, 2004; Wolfgang, Petra, Tilmann, Johannes & Michael, 2004). Un déficit en sérotonine est notamment observé chez les patients présentant un trouble de la personnalité, patients

chez lesquels les comportements violents sont plus prévalents (voir Lesch & Merschdorf, 2000, pour une synthèse).

Diagnostics complémentaires

Pour certains chercheurs, en l'absence d'une problématique d'abus de substances psychoactives, les individus souffrant de troubles mentaux graves ne seraient pas plus violents que les individus de la population générale (Voir la méta-analyse de Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann, 2009; ainsi que Bonta, Law, & Hanson, 1998; Elbogen & Johnson, 2009; Monahan et al., 2001). Pour Monahan et ses collaborateurs (2001), l'abus de substances psychoactives est le facteur clé de la violence dans la communauté chez des individus vivant avec un trouble mental grave. Selon Elbogen et Johnson (2009), les individus présentant une problématique d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à la drogue seraient jusqu'à dix fois plus susceptibles de s'impliquer dans un comportement violent que les individus vivant avec un trouble mental grave uniquement.

À l'instar de la violence en général, l'abus de substances psychoactives, mais surtout, la présence d'une problématique d'abus ou de dépendance à l'alcool, est associée à un risque accru d'homicide chez les individus vivant avec un trouble mental grave (Eronen, Tiihonen & Hakola, 1996b; Fazel & Grann, 2004; Koh et al., 2005; Matejkowski et al., 2008; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006). Par exemple, Eronen et ses collaborateurs (1996b) précisent que les hommes souffrant de schizophrénie, qui

ont aussi une problématique de consommation d'alcool, sont 17 fois plus susceptibles que ceux de la population générale de commettre un homicide (80 fois plus chez les femmes); lorsque la problématique de consommation d'alcool n'est pas présente, les rapports de cote sont plutôt de 7 pour les hommes et de 5 pour les femmes. Mais en comparant l'homicide aux autres délits de violence, Wallace et ses collaborateurs (1998) notent que les individus souffrant de schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur auquel s'ajoute une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives sont 4 fois plus susceptibles de commettre un homicide, comparativement à ceux dont le trouble mental grave ne s'accompagne pas d'une problématique d'abus de substances psychoactives, alors qu'ils sont 8 fois plus susceptibles de poser des gestes de violence moins sévères. Cela suggère une association plus modeste entre l'abus de substances psychoactives et l'homicide que ce qui est observé dans la violence en général. En ce sens, Fioritti et ses collaborateurs (2006) observent une plus faible prévalence d'abus de substances psychoactives chez les individus homicides que chez les autres détenus souffrant d'un trouble mental grave. Koh et ses collaborateurs (2005) arrivent sensiblement aux mêmes conclusions, observant un lien plus modeste entre l'abus de substances psychoactives et l'homicide que ce qui est observé dans le cas de la violence moins sévère. Toutefois, selon eux, l'intoxication à l'alcool dans les 24 heures précédents le délit est plus fréquent pour le délit d'homicide que pour les autres types de délits violents.

La présence d'un trouble de la personnalité serait aussi associée à une augmentation du risque de violence. Selon Monahan et ses collaborateurs (2001), la présence d'un trouble de la personnalité serait l'une des variables les plus importantes dans la prédiction de la violence chez les individus vivant avec un trouble mental grave. Pour leur part, Moran et ses collaborateurs (2003) précisent que les troubles de la personnalité, en particulier les personnalités présentant des caractéristiques paranoïaques, impulsives et antisociales, sont associés à un risque accru de violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique, indépendamment des effets des autres facteurs de risque associés à la violence. Plus précisément, selon certains chercheurs, le trouble de la personnalité antisociale est le meilleur indice de prédiction de la récidive violente (Asnis et al., 1997; Bonta et al., 1998; Tengström, Hodgins & Kullgren, 2001).

Comme dans le cas de la violence en général, la présence d'un trouble de la personnalité est aussi un facteur augmentant le risque de passage à l'acte homicide chez les individus souffrant de troubles mentaux graves. Dans une vaste étude portant sur les troubles mentaux des individus ayant commis un homicide en Suède, 54 % des participants rencontrent les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité complémentaire au diagnostic principal (Fazel & Grann, 2004). Par contre, selon Schanda et ses collaborateurs (2004), la prévalence de troubles de la personnalité chez les individus souffrant d'un trouble mental grave ayant commis un homicide est plutôt faible. Notons toutefois que les individus de leur étude ont été retenus sur la base de la

présence de symptômes psychotiques présumés avoir directement influencé la commission du délit.

Putkonen, Kotilainen, Joyal et Tiihonen (2004) se sont intéressés aux diagnostics complémentaires d'abus de substances psychoactives et de trouble de la personnalité antisociale spécifiquement, chez les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant tenté ou commis un homicide. Seulement le quart des participants recevaient un diagnostic unique, alors que 24 % obtenaient un double diagnostic lié à un diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives et que 47 % des participants rencontraient les critères d'un trouble mental grave, d'une problématique d'abus de substances psychoactives et d'un trouble de la personnalité antisociale. Notons qu'aucun participant ne souffrait d'une double problématique de trouble mental grave et de trouble de la personnalité antisociale en l'absence d'une problématique d'abus de substances psychoactives. C'est donc dire que le trouble de la personnalité antisociale est un facteur important dans la prédiction de la violence sévère chez les individus souffrant d'un trouble psychotique, mais généralement observé en présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives concomitante. Ces auteurs avancent qu'un diagnostic à vie d'abus de substances psychoactives est un facteur de risque de violence sévère plus important que ce qui fut démontré dans la recherche chez les patients atteints de psychose à ce jour. Ils suggèrent également que les prévalences d'abus de substances psychoactives et de trouble de la personnalité sont probablement sous-estimées, les

problématiques complémentaires au diagnostic principal étant possiblement souvent sous-diagnostiquées, un aspect observé par Cardinal et Côté (2003).

Au-delà du trouble de la personnalité antisociale, la psychopathie constitue un facteur clé dans l'évaluation du risque de récidive violente chez les délinquants. En fait, la psychopathie va au-delà du trouble de la personnalité antisociale. Elle met l'accent sur l'importance des traits de personnalité, en plus des comportements antisociaux. Il est démontré que la psychopathie, telle que définie par Hare (1991; 2003), est associée à un risque plus important de violence. Selon Monahan et ses collaborateurs (2001), le score à la Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) (Hare, 1991; 2003) est même le meilleur indice de prédiction du comportement violent. Notons toutefois que les troubles de l'humeur étaient plus prévalents dans ce projet de recherche que ce qui est généralement observé dans les autres projets portants sur ce champ d'étude. Bien que les individus vivant avec un trouble mental grave ne répondent généralement pas aux critères de la psychopathie, certains chercheurs ont démontré une association significative entre celle-ci et la violence commise par des individus souffrants de schizophrénie, mais seulement lorsqu'elle est considérée sur la base d'un continuum, c'est-à-dire sur un score, plutôt qu'un seuil clinique diagnostique (Nolan, Volavka, Mohr & Czobor, 1999; Tengström, Grann, Långström & Kullgren, 2000). Toutefois, un score élevé à la PCL-R n'est pas associé à l'homicide. Certains chercheurs notent même une association négative entre l'homicide et la psychopathie, c'est-à-dire que les non-psychopathes tuent davantage que les psychopathes, ce qui est aussi observé dans des études réalisées dans des échantillons

issus du milieu de la psychiatrie (voir Côté, Hodgins, Toupin & Pham, 2000, pour une revue de la littérature scientifique portant sur la psychopathie et le comportement violent). Le fait que la psychopathie soit associée à la répétition de comportements violents, mais non à l'homicide, appuie l'idée d'une typologie du comportement violent. Dans le même sens, cela appuie les tenants de l'approche catégorielle de la psychopathie, c'est-à-dire ceux qui considèrent que la psychopathie constitue un mode d'organisation particulier de la personnalité, ce qui fait de cette pathologie une entité clinique distincte.

Considérations méthodologiques

La contribution des différentes variables influençant le comportement violent des individus atteints d'un trouble mental grave n'est pas stable d'une étude à l'autre. Elle semble directement influencée par le type d'échantillon étudié, notamment au regard du statut légal, du milieu de prise en charge, de la problématique clinique des participants, et des types de délits pris en compte. Ces variations semblent aussi reliées au fait que les variables sont souvent présentées dans un absolu, une à la fois, selon une approche linéaire, pour ensuite en généraliser les conclusions à des échantillons différents. Or, des résultats obtenus au sein d'un échantillon issu du milieu psychiatrique, par exemple, ne sont pas nécessairement généralisables aux individus provenant du milieu carcéral. Sur la base de cette réflexion, l'idée de spécificités cliniques a été émise.

Spécificité clinique

En s'intéressant à la violence en général parmi les personnes ayant un trouble mental grave, Côté, Lesage, Chawky et Loyer (1997) ont cherché à en dépasser la linéarité, c'est-à-dire l'analyse basée simplement sur des tendances centrales, pour dégager une spécificité clinique propre aux individus souffrant de tels troubles. En comparant les détenus atteints de troubles mentaux graves en milieu carcéral aux patients en milieu hospitalier psychiatrique, ils ont pu démontrer que les individus vivant avec un trouble mental grave sont différents selon le milieu où ils sont pris en charge, et qu'une spécificité diagnostique peut être observée. Ils ont notamment observé que les détenus atteints de troubles mentaux graves se distinguent des patients hospitalisés par la complexité de leur tableau clinique, tant au niveau du diagnostic principal que des diagnostics complémentaires, alors que les patients hospitalisés présentent un tableau clinique plus pur. En effet, ils ont pu voir d'une part que les détenus sont plus nombreux à souffrir d'un trouble délirant, d'un trouble psychotique non-spécifié ou d'une dépression majeure, alors que les patients hospitalisés sont plus nombreux à souffrir de schizophrénie ou d'un trouble bipolaire au plan du diagnostic principal. D'autre part, au diagnostic principal des détenus s'ajoutent des problématiques complémentaires d'abus de substances psychoactives ou des troubles phobique et panique, alors que le tableau clinique des patients hospitalisés est plus pur, dans le sens que le diagnostic est habituellement unique, bien qu'il puisse s'accompagner de la présence d'un trouble obsessionnel-compulsif supplémentaire au diagnostic principal.

Dumais, Côté et Lesage (2010) ont cherché à reproduire la spécificité clinique obtenue par Côté et ses collaborateurs (1997), mais en tenant compte de trois statuts légaux plutôt que deux. Chez des individus souffrant de troubles mentaux graves, ils ont comparé des détenus atteints de troubles mentaux à des patients hospitalisés de façon volontaire dans un hôpital psychiatrique général, de même qu'à des patients hospitalisés en psychiatrie de façon involontaire, soit en raison du danger qu'ils représentent pour eux-mêmes ou autrui, soit parce qu'ils ont été tenus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental. Il importe de préciser qu'une partie de l'échantillon de ce projet est issu de l'étude de Côté et ses collaborateurs (1997), de sorte que les patients hospitalisés de façon volontaire sont les mêmes dans les deux études. Comme dans l'étude de Côté et ses collaborateurs (1997), les troubles délirant, psychotique non-spécifié et la dépression majeure sont plus prévalents chez les détenus, mais les troubles du spectre de la schizophrénie sont davantage présents chez les patients hospitalisés contre leur gré, tandis que les patients hospitalisés de façon volontaire sont plus nombreux à souffrir d'un trouble bipolaire. Parmi les diagnostics complémentaires évalués, les troubles anxieux sont plus prévalents chez les détenus, tout comme le trouble de la personnalité antisociale. Au niveau de l'abus de substances psychoactives, 67 % des détenus présentent une problématique de consommation d'alcool, et 74 % présentent une problématique de consommation de drogues, alors que cette prévalence diminue respectivement à 47 % et 69 % chez les patients hospitalisés de façon involontaire, et qu'elle diminue encore à 16 % et 28 % chez les patients hospitalisés volontairement. Une distinction est faite au niveau de la drogue. L'abus de substances

psychoactives multiples est plus prévalente chez les détenus incarcérés, alors que les patients hospitalisés contre leur gré sont plus nombreux à abuser de marijuana. Plus de 50 % des détenus présentent à la fois une problématique d'abus de substances psychoactives et un trouble de la personnalité antisociale. Les patients hospitalisés de façon volontaire sont ceux chez lesquels un diagnostic unique est plus souvent observé (56 %), alors que 23 % des patients hospitalisés de façon involontaire et seulement 6 % des détenus n'ont aucune problématique complémentaire au diagnostic principal. Cette spécificité clinique eu égard au statut légal ouvre la voie à l'idée de profils.

Typologies recensées

Une étude de cohorte de naissance a permis de distinguer deux groupes parmi les individus vivant avec un trouble mental grave qui commettent des délits ou des gestes de violence, selon que les comportements antisociaux précèdent ou suivent les premiers symptômes de la maladie : les débutants précoces et les débutants tardifs (Hodgins, Côté & Toupin, 1998). Les débutants précoces sont caractérisés par la stabilité de leurs conduites antisociales, lesquelles apparaissent en bas âge et sont antérieures à l'apparition du trouble mental grave. Les débutants tardifs, pour leur part, initient leurs premiers comportements criminels à l'âge adulte, après l'apparition du trouble mental. Les débutants précoces présentent une meilleure adaptation sociale et un meilleur potentiel relationnel que les débutants tardifs. Ils présentent aussi plus souvent une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives et commettent davantage de délits violents (Hodgins et al. 1998; Mathieu & Côté, 2009; Mueser et al.

2006; Tengström et al. 2001). Mathieu et Côté (2009) ont pris soin d'inclure l'impulsivité, telle que définie par les items « impulsivité » et « faible maîtrise de soi » à la PCL-R. Ils observent une plus grande impulsivité chez les débutants précoces; ils arrivent même à la conclusion que la contribution de l'impulsivité est supérieure à celle de l'abus de substances psychoactives pour distinguer les débutants précoces et les débutants tardifs. Selon Tengström et ses collaborateurs (2001), les débutants précoces obtiennent aussi un score supérieur à la PCL-R, tant au score total qu'aux facteurs 1 (traits de personnalité) et 2 (comportements impulsifs et antisociaux). Ils sont plus nombreux à répondre aux critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale. En fait, la distinction principale entre les débutants précoces et les débutants tardifs réfère à la présence ou non d'un trouble des conduites en bas âge, lequel constitue le critère central du trouble de la personnalité antisociale.

Dans une revue de la littérature scientifique récente, Hodgins (2008) suggère l'existence de deux types distincts de débutants tardifs. Un premier, chez qui les conduites antisociales sont consécutives à l'apparition de la maladie mentale, mais dont les individus comptent peu de crimes violents à leur actif, et encore moins de crimes non-violents, mais qui, en contrepartie, ont plus souvent commis un homicide lorsqu'ils sont comparés aux débutants précoces. Il n'y aurait pas de différence au niveau de la prévalence d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues entre les débutants précoces et ce premier type de débutants tardifs, mais l'abus de substances psychoactives pourrait être directement associé au comportement violent. Il existerait

aussi un second type de débutants tardifs parmi les schizophrènes chroniques; ceux-ci auraient été moins étudiés jusqu'ici. Pour bien comprendre, ce second type de débutants tardifs n'aurait pas d'antécédent de comportements antisociaux ou agressifs mais, dans la trentaine, ils tueraient ou tenteraient de tuer quelqu'un, souvent un aidant. Le passage à l'acte serait alors davantage relié à la prépondérance des symptômes négatifs, en lien avec des déficits important au niveau de l'expérience affective (affect superficiel, manque d'empathie, absence de remords, incapacité à assumer la responsabilité de ses actions).

Laajasalo et Häkkänen (2005) ont distingué les débutants précoces et les débutants tardifs à l'intérieur d'un échantillon d'individus homicides exclusivement. Dans leur étude, les débutants précoces comptent plus d'antécédents criminels que les débutants tardifs (100 % versus 46 %). Ils ont plus d'antécédents de violence (67 % versus 28 %); ils sont plus nombreux à avoir commis des voies de fait (50 % versus 22 %). Ils présentent aussi plus de problématiques complémentaires liées aux troubles de la personnalité (33 % versus 5 %), et à l'abus ou à la dépendance à l'alcool (65 % versus 35 %) ou aux drogues (48 % versus 9 %). Contrairement à ce qui était attendu, les deux groupes ne se distinguent pas au plan de la symptomatologie active au moment du délit; au total, 59 % des individus ont des symptômes dépressifs, 90 % présentent des idéations paranoïdes et 91 % ont des délires ou des hallucinations au moment de commettre l'homicide. En ce qui concerne le délit en tant que tel, les homicides commis par les débutants précoces sont plus souvent précédés d'une altercation que ceux des

débutants tardifs (67 % versus 28 %). Les victimes sont souvent des connaissances (46 %) ou des membres de la famille (36 %). Les débutants précoces s'en sont pris à des connaissances dans 59 % des cas, à un ex-conjoint dans 22 % des cas ou à un membre de leur famille dans seulement 15 % des cas, alors que les débutants tardifs s'en sont principalement pris à une connaissance (42 %), à un ex-conjoint (14 %) ou à un membre de leur famille (42 %). La seule distinction statistiquement significative entre les deux groupes réfère aux victimes intrafamiliales, un fait plus prévalent chez les débutants tardifs que chez les débutants précoces (42 % versus 15 %). Cette distinction est intéressante en elle-même, mais elle montre surtout l'intérêt pour une approche typologique, faisant ressortir les limites d'une considération linéaire, soit une approche où les tendances centrales définissent globalement les caractéristiques propres aux individus violents.

En tenant compte de l'organisation spécifique des différentes variables associées à la violence par des individus vivant avec un trouble mental grave, des chercheurs ont émis l'hypothèse d'une autre typologie chez les individus vivant avec un trouble psychotique, eu égard au contexte du passage à l'acte violent (Dubreucq et al., 2005; Joyal, 2005). Dans une recension des écrits portant sur les troubles mentaux et la violence, ils suggèrent l'existence de trois types d'individus violents vivant avec un trouble psychotique, qui seraient violents pour des raisons différentes et dans des circonstances distinctes. Ils identifient un premier type de psychotiques dont la violence est plus temporaire et circonscrite à la période active de la maladie, soit au moment de la

phase aigüe de la maladie. Chez ces patients, le comportement violent s'inscrit essentiellement dans le cadre des manifestations psychotiques, en réponse aux symptômes actifs de la psychose. Le geste violent est davantage planifié, en lien avec le contenu délirant; il est dirigé vers une personne significative, de sorte que le geste posé est potentiellement plus dangereux. Le passage à l'acte survient davantage sur une victime connue, souvent un membre de la famille, dans un lieu privé tel que le domicile familial.

Ils identifient un deuxième type de psychotiques présentant des syndromes concomitants de trouble de la personnalité antisociale et d'abus de substances psychoactives. Chez ces individus, le comportement violent n'est pas nécessairement associé au trouble mental grave et à ses symptômes, mais davantage aux caractéristiques de la personnalité ou à l'intoxication. Les psychotiques ayant une problématique d'abus de substances psychoactives ont une meilleure adaptation sociale, habitent moins souvent le domicile familial, ont de meilleures capacités d'interactions sociales, ne serait-ce que pour se procurer des substances intoxicantes. Ils ont un meilleur fonctionnement global, ils sont mieux adaptés socialement, en lien avec une maladie mentale de sévérité moindre. Leurs victimes sont principalement à l'extérieur de la famille, mais néanmoins connues, et l'agression survient dans un contexte similaire à la violence commise par des individus de la population générale, souvent suite à une altercation soudaine, dans un contexte d'intoxication.

Enfin, ils identifient un troisième type de psychotiques violents, qui n'avait pas été considéré jusqu'à présent, soient ceux dont la maladie s'accompagne également

d'atteintes neurologiques. Chez ces individus, la violence serait plus souvent commise en réponse à des irritants, à des événements externes ou à des facteurs environnementaux, davantage qu'en réponse à des éléments internes au patient, tels que les délires et les hallucinations. Ces individus seraient moins dangereux, en ce sens que leur agressivité serait davantage exprimée sur un mode verbal ou dirigée vers des objets plutôt qu'envers autrui.

Tout récemment, Joyal, Côté et Meloche (sous presse) ont étudié l'existence de profils spécifiques d'individus violents parmi des individus ayant un trouble mental grave, à partir d'une stratégie d'analyse typologique, centrée sur la personne, en tenant compte des facteurs cliniques et contextuels. Ils sont arrivés à identifier quatre sous-groupes d'individus ayant des profils distincts de violence. Un premier profil, nommé « délinquants psychotiques » est composé d'individus plus susceptibles de commettre un homicide et d'avoir utilisé une arme, contre un membre de leur famille, dans leur résidence, sous l'influence de délires et d'hallucination mais, non en état d'intoxication. Ils identifient un second profil nommé « délinquants violents de façon répétitive » en raison d'un plus grand nombre de gestes de violence auto rapportés et de comportements violents en institution, d'un score plus élevé à la PCL-R et d'une impulsivité plus importante. Le comportement violent de ces individus serait davantage associé à l'intoxication et peu souvent à la symptomatologie. Ils identifient un troisième profil nommé « comportements violents en institution » en raison du fait que les individus composant ce profil comptent peu d'incident de violences dans la communauté mais, un

grand nombre d'incidents violents commis en institution. Les comportements violents posés par ces individus ne sont généralement pas associés à l'abus de substances psychoactives. Enfin, un quatrième profil est identifié, lequel inclut la plus grande part de l'échantillon répertorié (40 %), est nommé « moins violents et stabilisés ». Il inclut les participants ayant le moins d'antécédents violents. Il est composé des individus dont les comportements violents sont le moins souvent commis sous l'effet de l'intoxication ou de la symptomatologie.

Dumais et ses collaborateurs (2011) ont également étudié l'existence de profils associés à la violence sévère chez un groupe d'individus à risque élevé souffrant d'un trouble du registre de la schizophrénie, en s'intéressant aux variables associées aux comportements violents, à l'abus de substances psychoactives et à l'impulsivité. Ils arrivent à la conclusion que l'impulsivité définie par une faible maîtrise de soi est le facteur clé dans l'explication de l'inertie, mais sans que l'impulsivité soit associée à la violence sévère ou à l'abus de substances psychoactives. Ils obtiennent également quatre profils distincts d'individus violents, le plus dangereux étant celui dont les individus se caractérisent par une problématique d'abus de substances psychoactives importante, sans que les caractéristiques reliées à l'impulsivité ne soient discriminantes pour ce groupe.

Dans le cadre spécifique de l'homicide, Joyal et ses collaborateurs (2004) se sont intéressés aux circonstances reliées à la commission de l'homicide, mais ils ont pris soin de distinguer, parmi les schizophrènes, ceux qui présentent également un trouble de la

personnalité antisociale. Ces derniers répondent moins aux symptômes psychotiques, s'en prennent moins à un membre de leur famille, sont plus nombreux à avoir une problématique de consommation d'alcool, et ont plus souvent été impliqués dans des altercations avec violence avant l'incident que les schizophrènes sans trouble de la personnalité antisociale.

Les individus violents souffrant de troubles mentaux graves ne constituent donc pas un groupe homogène, en ce sens que, pour certains individus violents, la symptomatologie, la présence d'un trouble de la personnalité antisociale ou d'une problématique d'abus de substances psychoactives peuvent être associées ou non au passage à l'acte violent. Il est important de tenir compte de la présence de certains facteurs, ou l'organisation spécifique de différentes variables en cause dans les comportements violents. En ce sens, des chercheurs se sont intéressés à dégager des typologies ou des profils plus spécifiques aux individus souffrant de troubles mentaux graves, mais en tenant également compte de l'organisation des caractéristiques propres aux individus plutôt que des variables considérées une à une.

Limites des études antérieures

La plupart des études portant sur la violence et l'homicide commis par des individus souffrant de troubles mentaux graves se sont intéressées aux différentes variables associées, selon une approche descriptive, en dégagant des tendances

centrales quant aux diagnostics principaux et complémentaires, à la symptomatologie associée au comportement violent, selon une approche linéaire de la violence. Cette approche est intéressante et nécessaire pour déterminer les variables associées à une problématique particulière. Toutefois, elle se base essentiellement sur les caractéristiques prépondérantes dans un groupe spécifique; elle est tributaire du type d'échantillon à l'étude, ce qui peut expliquer la variabilité des résultats d'une étude à une autre.

Au cours des dernières années, des chercheurs tels que Côté et ses collaborateurs (1997), Hodgins et ses collaborateurs (1998), ou Dubreucq et ses collaborateurs (2005) ont cherché à aller au-delà des mesures de tendances centrales, pour dégager des typologies, tout en continuant à recourir à des analyses linéaires. Bergman et Magnusson (1997) ont cherché à dépasser l'approche linéaire, c'est-à-dire des analyses centrées sur les variables, au profit d'une approche taxinomique, c'est-à-dire des analyses typologiques, centrées sur la personne. Il ne s'agit plus de considérer les variables une à la fois, comme s'additionnant simplement les unes aux autres, mais plutôt de considérer le tableau d'ensemble d'une problématique. C'est l'idée d'un mode d'organisation qui est à la base de l'approche non-linéaire, en ce sens qu'une variable n'a plus un poids fixe, mais son poids dépend de l'interaction entre celle-ci et les autres variables, donc dépend de la structure organisationnelle (Bergman, Magnusson & El-Khoury, 2003). Magnusson (1998) a précisé la logique derrière l'approche centrée sur la personne. Il part de la théorie générale des systèmes, dans laquelle les sous-systèmes sont

interdépendants. L'approche centrée sur la personne est une conception holistique de l'individu. La personne est conceptualisée comme un tout, intégrée, supérieure à l'ensemble de ses parties. Il insiste sur le fait qu'une problématique complexe et dynamique ne peut être comprise par la simple sommation de ses aspects individuels. En ce sens, la violence n'est pas comprise par la simple addition des variables ou des facteurs de risques associés, mais repose plutôt sur l'ensemble des variables ou des facteurs impliqués, en somme, sur l'organisation spécifique des facteurs propres au fonctionnement de chaque individu. Dans l'approche centrée sur les variables, le problème est formulé en termes de variables. Les analyses portent sur les relations entre celles-ci, pour ensuite en généraliser les résultats. La prémisse à la base de cette approche est que les liens entre les différentes variables sont étudiés entre des individus, donc présumés valides pour la personne prise individuellement. La légitimité des structures et processus propres au fonctionnement de l'individu et à son développement est étudié en terme de relations statistiques entre des variables; ces relations peuvent prendre en compte des interactions, mais celles-ci sont toujours basées sur un principe de tendance centrale. L'approche centrée sur la personne vise plutôt à découvrir des configurations distinctes caractérisant le fonctionnement et le développement de chaque individu. Le problème est plutôt formulé en terme de personnes; il est opérationnalisé et étudié en terme de profils définissant la valeur des variables pertinentes à la compréhension d'une problématique. En fait, contrairement à l'approche centrée sur les variables, l'approche centrée sur la personne ne part pas du principe selon lequel une variable donnée a le même poids pour chaque individu, l'importance d'une variable

dépendant de celles auxquelles elle s'agence; elle varie plutôt selon l'organisation spécifique des différentes variables entre elles, ce qui va dans le sens des typologies.

Suivant ces deux approches, deux courants de pensée s'affrontent actuellement dans le champ de l'évaluation du risque : l'approche actuarielle et celle du jugement clinique structuré.

L'approche actuarielle est à la base du *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier 1998; 2006), un instrument actuariel permettant de prédire le risque de récidive violente d'un individu à partir de facteurs statiques. Les items et leur pondération ont été retenus suite à une régression multiple permettant d'attribuer un poids différents pour les variables jugées plus contributives à l'augmentation du risque de récidive violente. Toutefois, l'approche demeure linéaire. Elle repose sur la régularité des observations, sur la tendance centrale d'un groupe. Les différents items conservent le même poids, peu importe à quels autres items ils s'agencent, sans tenir compte de l'interaction entre les différents items. La faiblesse majeure de ce type d'instrument est son application de manière individuelle. Ce potentiel de prédiction pour un groupe est élevé, certes, mais lorsqu'appliqué à un individu, sa prédiction est moins juste; l'intervalle de confiance est trop élevé, de sorte qu'un individu peut se retrouver dans l'une ou l'autre des catégories de risque répertoriées (Hart, Michie & Cooke, 2007).

En contrepartie, la logique derrière la *Historical-Clinical-Risk-20* (HCR-20) (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) se veut davantage celle d'une approche centrée sur la personne. Il s'agit d'une grille aide-mémoire de 20 éléments identifiés dans la littérature scientifique comme étant des facteurs de risque associés aux comportements violents. Elle permet de tenir compte du passé, du présent et de l'avenir de la personne évaluée, c'est-à-dire à la fois des facteurs statiques et dynamiques, ainsi que ceux touchant la gestion du risque. En clinique, ce n'est pas le score total obtenu qui compte mais plutôt l'organisation des items qui caractérise l'individu. Elle permet donc de tenir compte de la problématique dans son ensemble, de l'organisation de tous les facteurs pertinents et de leur interdépendance.

Lorsqu'il est question de maladie mentale, l'approche linéaire est peu satisfaisante car trop de facteurs sont en cause et interagissent les uns avec les autres. Une problématique aussi complexe nécessite nécessairement une approche plus personnalisée, ce que permet non seulement de prédire une situation appréhendée, mais aussi de la comprendre et de pouvoir mieux gérer le risque.

Pertinence et objectifs de la recherche

La recherche dans le domaine de la psychiatrie légale porte encore très peu attention à l'approche des profils et des typologies, privilégiant plutôt une approche

linéaire, centrée sur les variables. L'homicide est un délit particulier, qui se distingue des autres délits violents, telles que le suggèrent notamment les études portant sur la psychopathie. Cela favorise une conceptualisation typologique de la violence, en ce sens que les caractéristiques individuelles observées chez les individus à l'origine d'un homicide ne sont pas nécessairement les mêmes que celles qui caractérisent les autres individus violents. Les individus s'impliquant dans un homicide ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux commettant des gestes moins violents; un tableau clinique différent apparaît influencer la commission de l'un ou l'autre type de délit violent ou, à tout le moins, une autre configuration particulière des caractéristiques diagnostiques et symptomatologique peut être observée.

Dès lors, il devient intéressant de dépasser la compréhension des différentes variables prises individuellement, de dépasser les tendances centrales d'un groupe pour dégager des profils spécifiques aux individus. En l'occurrence, il s'agit de regarder comment ces profils peuvent s'appliquer au champ spécifique de l'homicide, et non pas seulement à la violence en général.

Problématique

En vue de démontrer notamment le caractère taxinomique des facteurs associés à la violence, l'article qui suit aura pour objectif de dégager des profils spécifiques aux

individus vivant avec un trouble mental grave et s'engageant dans des comportements violents, à l'aide d'analyses non-linéaires, c'est-à-dire centrées sur la personne, plutôt que sur les variables, telles que l'auraient permis des analyses linéaires. Pour ce faire, les individus ayant commis un homicide, et ceux ayant plutôt commis des voies de fait, seront considérés distinctement, en tenant compte de la spécificité clinique et symptomatologique associées au passage à l'acte violent. Cette distinction repose sur l'hypothèse selon laquelle les individus homicides sont différents, que les variables associées au passage à l'acte violent s'organisent chez eux différemment des individus commettant plutôt des voies de fait.

Ainsi, de façon générale, il est probable que les individus vivant avec un trouble mental grave, qui ont commis un homicide, présentent un tableau clinique dans lequel les symptômes délirants sont prépondérants, et qui est exempt de caractéristiques de personnalité antisociale, c'est-à-dire avec un score peu élevé à la PCL-R et une faible impulsivité. Pour leur part, il est probable que les individus s'impliquant dans des conduites violentes de sévérité moindre, ici des voies de fait, présentent un tableau clinique plus complexe, où les caractéristiques de la personnalité antisociale sont à l'avant plan dans la compréhension du passage à l'acte violent, tel que démontré par un score plus élevé à la PCL-R, par la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives et par une plus grande impulsivité. En regard de la nosographie des débutants précoces et des débutants tardifs, les individus ayant commis une voie de fait devraient se rapprocher du profil des débutants précoces, avec une plus grande

impulsivité, alors que les sujets homicides devraient se rapprocher davantage des débutants tardifs et présenter un fonctionnement global plus détérioré, en lien avec une maladie mentale sévère et plus symptomatique.

Chapitre 1

Homicide et voies de fait par des individus souffrant d'un trouble mental grave :

Approche taxinomique du comportement violent

Résumé

De nature rétrospective, l'étude vise à démontrer le caractère taxinomique du comportement violent. L'objectif est de dégager des profils cliniques spécifiques chez les individus violents vivant avec un trouble mental grave, en regardant comment ces profils s'appliquent au champ spécifique de l'homicide. Pour ce faire, deux types de comportements violents sont pris en compte, soient l'homicide et les voies de fait. L'échantillon compte 157 participants, vivant avec un trouble mental grave. Ils sont issus de différentes régions du Québec, recrutés selon différents statuts légaux (condamnés, tenus non criminellement responsables pour cause de trouble mental, mis sous garde en raison du risque qu'ils représentent pour eux-mêmes ou pour autrui, ou hospitalisés de façon volontaire). Ils sont retenus sur la base d'une accusation ou d'une condamnation pour un délit d'homicide ($n = 40$) ou de voie de fait ($n = 117$). Les diagnostics cliniques et les symptômes délirants sont établis à l'aide du SCID, tandis que l'impulsivité est évaluée à partir des items « impulsivité » et « faible maîtrise de soi » à la PCL-R. Les résultats permettent de dégager quatre profils spécifiques, dont deux profils se distinguent au niveau du type de comportement violent, l'un pour l'homicide, l'autre par les voies de fait ou l'absence d'homicide.

Le lien entre les troubles mentaux graves et la violence est généralement reconnu (Douglas, Guy & Hart, 2009; Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann, 2009; et pour une recension des écrits, voir Côté & Hodgins, 2003; Dubreucq, Joyal & Millaud, 2005; Hodgins, 2001). Les troubles mentaux graves réfèrent aux troubles psychotiques, du registre de la schizophrénie, et aux troubles graves de l'humeur, soit la dépression majeure et le trouble bipolaire. Leur lien avec la violence a été démontré à partir de plusieurs voies d'études, notamment celle portant sur l'homicide commis par les individus vivant avec un trouble mental grave. L'homicide est un comportement violent particulier, spécifique, de par sa rareté et sa fatalité. Il s'agit du seul type de comportement violent où la présence d'un trouble mental est discriminante. La prévalence des troubles mentaux graves chez les individus homicides est beaucoup plus élevée que dans la population générale (Eronen, Hakola & Tiihonen, 1996a; Fazel & Grann, 2004; Large, Smith & Nielssen, 2009; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006). Peu de chercheurs ont pris soin de distinguer l'homicide de la violence non homicide. Dans une étude de cohorte de naissance, Wallace et ses collaborateurs (1998) distinguent notamment l'homicide et des délits moins violents. Ils arrivent à la conclusion que les troubles mentaux sont plus fortement associés à l'homicide qu'aux autres délits violents. Alors que les individus souffrant de schizophrénie présentent un risque 3 à 5 fois plus élevé que la population générale d'être condamnés pour un délit violent, ils sont 5 à 18

fois plus susceptibles de commettre un homicide. Il en va de même dans le cas des individus souffrant d'un trouble de l'humeur.

La violence en général est associée aux troubles mentaux graves, mais dans le cas précis de l'homicide, tous les diagnostics sont plus prévalents. Les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont sur-représentés chez les individus ayant commis un homicide (Asnis, Kaplan, Hundorgean & Saleed, 1997). Il en va de même chez les délinquants incarcérés. Les troubles mentaux graves sont plus prévalents chez les détenus homicides que chez les détenus responsables d'autres types de délits (Côté & Hodgins, 1992; Erb, Hodgins, Freese, Muller-Isberner & Jockel, 2001; Eronen et al., 1996a).

Bien que les résultats ne soient pas stables, dépendamment notamment du type d'échantillon étudié, certains chercheurs soutiennent que la symptomatologie est plus importante dans le passage à l'acte violent que le trouble mental en lui-même (Link et Stueve, 1994; Appelbaum, Robbins et Monahan, 2000). Dans une recension des écrits scientifiques, Bjørkly (2002) rapporte une association positive entre les délires et la violence, surtout pour le délire de persécution. De façon plus spécifique, une configuration particulière de symptômes communément nommée le TCO (Threat/control-override), caractérisé par un sentiment de menace, une impression d'être contrôlé par des forces extérieures et la perception que des pensées étrangères sont introduites dans son esprit, est aussi reliée à la violence (Hodgins, Hiscoke & Freese,

2003; Link & Stueve, 1994; Link, Stueve & Phelan, 1998; Swanson, Borum, Swartz & Monahan, 1996). Cependant, pour d'autres chercheurs tels que Monahan et al. (2001), cette symptomatologie n'est pas associée à un risque accru de comportements violents. Toutefois, le projet MacArthur ne considère que les patients autonomes, respectant la prise de leur médication, issus des hôpitaux psychiatriques généraux uniquement.

Chez les individus ayant commis un homicide, le lien entre le passage à l'acte et la symptomatologie est plus clairement établi (Joyal, Putkonen, Paavola & Tiihonen, 2004; Nordström, Dahlgren & Kullgren, 2006; Shaw et al., 1999). En fait, certains chercheurs estiment qu'entre 40 et 64 % des individus vivant avec un trouble mental grave présentent une symptomatologie active au moment de commettre l'homicide (Joyal et al., 2004; Taylor & Gunn, 1999). Les symptômes les plus prévalents au moment du délit sont les délires, généralement de type persécutoire, les symptômes affectifs, puis les hallucinations, mais dans une moindre mesure (Taylor et al., 1998). Peu d'études portant sur l'homicide ont tenu compte du TCO, mais Nordström et ses collaborateurs (2006) précisent que 54 % des participants de leur échantillon manifestent des symptômes actifs au moment du délit. Parmi eux, 29 % des individus homicides étaient présumés avoir présenté les symptômes du TCO.

L'impulsivité est aussi associée à la violence (voir Lesch et Merschdorf, 2000, pour une synthèse). Elle est présente chez plusieurs individus violents, quelle que soit leur problématique de santé mentale. L'impulsivité caractérise certains troubles, eux-

mêmes associés à la violence. Elle constitue d'ailleurs un des critères diagnostiques de certains d'entre eux, notamment des troubles de la personnalité, en particulier le trouble de la personnalité antisociale, du trouble des conduites, du trouble bipolaire (épisodes de manie), de l'abus de substances psychoactives et de la psychopathie (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001; Retz, Retz-Junginger, Supprian, Thome & Röster, 2004; Wolfgang, Petra, Tilmann, Johannes & Michael, 2004).

À l'instar de la violence en général, l'abus de substances psychoactives, en particulier d'alcool, est associé à un risque accru d'homicide chez les individus vivant avec un trouble mental grave (Eronen, Tiihonen & Hakola, 1996b; Fazel & Grann, 2004; Matejkowski, Cullen & Solomon, 2008; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006). Eronen et ses collaborateurs (1996b) précisent que les hommes souffrant de schizophrénie et ayant une problématique d'alcool sont 17 fois plus susceptibles de commettre un homicide, comparativement à un risque seulement 7 fois plus important lorsque cette problématique n'est pas présente. Par contre, Wallace et ses collaborateurs (1998) notent que, comparativement aux individus souffrant de schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur « pur », c'est-à-dire lorsque le trouble est unique, ceux qui présentent aussi une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives sont 4 fois plus susceptibles de commettre un homicide, alors qu'ils sont 8 fois plus susceptibles de poser des gestes violents non homicides.

Un trouble de la personnalité antisociale est aussi un facteur augmentant le risque de passage à l'acte homicide chez les individus souffrant de troubles mentaux graves (Eronen et al., 1996a; Fazel & Grann, 2004). Par contre, selon Schanda et ses collaborateurs (2004), la prévalence des troubles de la personnalité est plutôt faible chez les individus homicides. Toutefois, les individus de leur étude ont été retenus sur la base de la présence de symptômes psychotiques présumés avoir directement influencé la commission du délit.

Putkonen, Kotilainen, Joyal et Tiihonen (2004) se sont spécifiquement intéressés aux diagnostics complémentaires chez les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant tenté ou commis un homicide. Seulement le quart d'entre eux ont un diagnostic pur, alors que 24 % ont un diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives et 47 % des participants présentent une triple problématique de trouble mental, d'abus de substances psychoactives et de trouble de la personnalité antisociale. Aucun double diagnostic de trouble mental grave et de trouble de la personnalité antisociale n'est observé en l'absence d'une problématique d'abus de substances psychoactives. Ils concluent que le trouble de la personnalité antisociale est un facteur de risque important dans la prédiction de la violence sévère chez les individus souffrant d'un trouble psychotique, mais généralement observé conjointement avec une problématique concomitante d'abus de substances psychoactives.

Au-delà du trouble de la personnalité antisociale, il est démontré que la psychopathie est associée à un risque accru de violence. En fait, selon Monahan et ses collaborateurs (2001), la psychopathie, mesurée à l'aide de la Psychopathy Checklist – Screening Version (PCL-SV) (Hart, Cox & Hare, 1995) est le meilleur indice de prédiction de la violence. Notons cependant la forte prévalence de troubles de l'humeur composant leur échantillon, en comparaison avec les autres études dans le domaine. Bien que les individus souffrant d'un trouble mental grave ne répondent généralement pas aux critères de la psychopathie, certains chercheurs ont néanmoins démontré une association significative entre la psychopathie et la violence chez les individus souffrants de schizophrénie, mais seulement lorsque la psychopathie est considérée sur la base d'un continuum, c'est-à-dire en fonction du score plutôt que d'un point de coupure signifiant un seuil clinique diagnostique (Nolan, Volavka, Mohr & Czobor, 1999; Tengström, Grann, Långström & Kullgren, 2000). Or, la psychopathie n'est pas associée à l'homicide; certains chercheurs observent même une relation inverse, c'est-à-dire que les non-psychopathes tuent davantage que les psychopathes, ce qui demeure vrai même dans les études réalisées auprès d'échantillons psychiatriques (voir Côté, Hodgins, Toupin & Pham, 2000, pour une revue de la littérature scientifique portant sur la psychopathie). Cela confère à la psychopathie une entité clinique distincte.

Différentes variables sont donc associées à la violence et à l'homicide, lorsqu'elles sont considérées individuellement. Mais les individus violents ne constituent pas un groupe homogène. Il y a lieu de les distinguer selon leur organisation spécifique,

tels que l'ont fait les chercheurs s'étant intéressés à dégager des spécificités cliniques ou des profils spécifiques aux individus violents souffrant d'un trouble mental grave.

À cet effet, en s'intéressant à la violence en général, Côté, Lesage, Chawky et Loyer (1997) ont cherché à en dépasser la linéarité, c'est-à-dire l'analyse basée simplement sur des tendances centrales, pour dégager une spécificité clinique propre aux individus souffrant de troubles mentaux graves. En comparant des détenus en milieu carcéral vivant avec un trouble mental grave à des patients en milieu hospitalier psychiatrique, ils ont pu démontrer que les individus souffrant d'un trouble mental grave sont différents selon le milieu où ils sont pris en charge. Ils ont notamment observé que les détenus vivant avec un trouble mental grave se distinguent des patients hospitalisés par la complexité de leur tableau clinique, tant au plan du diagnostic principal que des diagnostics complémentaires, alors que les patients hospitalisés présentent un tableau clinique plus pur. Tout récemment, Dumais, Côté et Lesage (2010) ont reproduit les résultats de la première étude, en distinguant les patients hospitalisés de façon volontaire et de façon involontaire. Les détenus atteints d'un trouble mental grave présentent une plus forte prévalence de problématiques complémentaires reliées au trouble de la personnalité antisociale et à l'abus de substances psychoactives, et obtiennent un score supérieur à la PCL-R; les patients hospitalisés de façon volontaire présentent la plus faible comorbidité au trouble mental grave, tandis que les patients hospitalisés de façon involontaire se situent dans la catégorie intermédiaire. Ils confirment donc la spécificité clinique observée par Côté et ses collaborateurs (1997), c'est-à-dire que le tableau

clinique n'est pas le même, dépendamment notamment du milieu de prise en charge, ou selon le statut légal sous lequel ils s'y retrouvent. Toutefois, il faut tenir compte du fait qu'une partie des données utilisées pour cette étude proviennent de l'étude de Côté et ses collaborateurs (1997). Néanmoins, cette spécificité clinique ouvre la voie à l'idée de profils.

Une première typologie basée sur la précocité des conduites antisociale est identifiée par Hodgins, Côté et Toupin (1998), qui distingue deux groupes parmi les individus souffrant de troubles mentaux graves, soient les débutants précoces et les débutants tardifs. Les débutants précoces se caractérisent par la stabilité de leurs conduites antisociales, qui s'amorcent en bas âge, antérieurement au trouble mental. Les débutants tardifs initient plutôt leurs premiers comportements criminels à l'âge adulte, suite à l'apparition de la maladie. Les débutants précoces présentent une meilleure adaptation sociale et un meilleur potentiel relationnel que les débutants tardifs. Ils présentent aussi plus souvent une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives; ils commettent davantage de délits violents. Ils obtiennent un score supérieur à la PCL-R, tant au score total qu'aux facteurs 1 (traits de personnalité) et 2 (comportements instables et antisociaux). Ils sont plus nombreux à répondre aux critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale (Hodgins et al., 1998; Mathieu & Côté, 2009; Mueser et al., 2006; Tengström, Hodgins & Kullgren, 2001). En fait, la distinction principale entre les deux groupes est la présence d'un trouble des conduites en bas âge, lequel constitue le critère central du trouble de la personnalité antisociale.

Laajasalo et Häkkänen (2005) ont distingué ces mêmes groupes, mais à l'intérieur d'un échantillon de participants homicides. Les débutants précoces comptent plus d'antécédents criminels et violents; ils sont plus nombreux à avoir commis des voies de fait sur autrui. Ils présentent aussi plus de problématiques complémentaires liées au trouble de la personnalité antisociale et à l'abus de substances psychoactives, en particulier d'alcool. Mais contrairement à ce qui était attendu, les deux groupes ne se distinguent pas au plan de la symptomatologie active au moment du délit. Cette distinction entre ces deux groupes est intéressante, mais elle montre surtout l'intérêt associé à une approche typologique du comportement violent.

En ce sens, une seconde typologie propre aux individus souffrant d'un trouble psychotique est avancée par Dubreucq et ses collaborateurs (2005), en tenant compte de l'organisation spécifique des différentes variables associées à la violence. Ils suggèrent l'existence de trois types de psychotiques violents pour des raisons différentes et dans des circonstances distinctes. Ils identifient un premier type de psychotique dont la violence est plus temporaire et circonscrite à la période active de la maladie, soit au moment d'une phase aiguë de la maladie. Le comportement violent s'inscrit alors essentiellement dans le cadre des manifestations psychotiques, en réponse aux symptômes actifs de la psychose. Le geste violent est davantage planifié, en lien avec le contenu délirant. Ils identifient un deuxième type de psychotiques présentant également un trouble de la personnalité antisociale et une problématique d'abus de substances psychoactives. Chez ces individus, le comportement violent n'est pas nécessairement

associé à la psychose et à ses symptômes, mais davantage aux caractéristiques de la personnalité ou à l'intoxication. Enfin, un troisième type de psychotiques, qui n'avait pas été considéré jusqu'à présent, est celui dont la maladie s'accompagne également d'atteintes neurologiques. Chez ces individus, la violence serait plus souvent commise en réponse à des irritants, à des événements externes ou à des facteurs environnementaux, davantage qu'en réponse à des éléments internes au patient, tels que les délires et les hallucinations.

Tout récemment, Joyal, Côté et Meloche (sous presse) ont dégagé l'existence de quatre profils de violence distincts chez des individus violents vivant avec un trouble mental grave, en tenant compte de facteurs cliniques et contextuels, et en ayant recours à des analyses typologiques, centrées sur la personne plutôt que sur les variables. Ces profils se caractérisent par la prépondérance des caractéristiques psychotiques pour le premier, par la répétition des gestes de violence pour le second, par la violence commise majoritairement en institution pour le troisième et par une violence moins importante ainsi qu'une plus grande stabilité de l'état mental pour le quatrième.

Dans le même sens, Dumais et ses collaborateurs (2011) ont également étudié l'existence de profils associés à la violence sévère chez ces mêmes individus. Ils obtiennent quatre profils distincts d'individus violents, le seul dans lequel la présence d'antécédent de violence sévère se distingue est celui dont les individus se caractérisent

par une problématique d'abus de substances psychoactives, sans que les caractéristiques reliées à l'impulsivité ne soient discriminantes pour ce groupe.

Dès lors, il devient intéressant de dépasser la compréhension des différentes variables considérées individuellement, de dépasser les tendances centrales d'un groupe pour dégager des profils spécifiques aux individus, mais surtout, de regarder comment ces profils peuvent s'appliquer au champ de l'homicide spécifiquement. Il s'agit d'un délit particulier, qui se distingue des autres délits violents, telles que le suggèrent notamment les études sur la psychopathie. Cela favorise une conceptualisation typologique de la violence, en ce sens que les caractéristiques individuelles propres aux personnes ayant commis un homicide se distinguent de celles caractérisant d'autres individus violents. Des variables distinctes apparaissent influencer la commission des différents comportements violents ou, à tout le moins, une configuration différente des caractéristiques en cause peut être observée.

La plupart des études portant sur la violence et l'homicide commis par des individus souffrant de trouble mentaux graves se sont intéressées aux différentes variables retenues dans cette étude, selon une approche descriptive, en dégagant des tendances centrales quant aux diagnostics principaux et complémentaires, et à la symptomatologie associée au comportement violent, selon une approche linéaire de la violence. En vue de démontrer notamment le caractère taxinomique des facteurs associés à la violence, cette étude vise à dégager des profils spécifiques aux individus

s'engageant dans des comportements violents, à l'aide d'analyses non-linéaires, c'est-à-dire centrées sur la personne, plutôt que linéaires, c'est-à-dire centrées sur les variables. Pour ce faire, les individus ayant commis un homicide, et ceux s'étant limités à des voies de fait, seront considérés distinctement, en tenant compte de la spécificité clinique et symptomatologique associées au passage à l'acte violent. Cette distinction repose sur l'hypothèse selon laquelle les individus homicides sont différents, que le tableau clinique associées au passage à l'acte violent n'est pas le même et que les caractéristiques relatives aux diagnostics et à la symptomatologie s'organisent chez eux différemment des individus commettant plutôt à des voies de fait.

Ainsi, de façon générale, il est probable que les individus, qui ont commis un homicide, présenteront un tableau clinique plus pur, c'est-à-dire avec une prépondérance de la symptomatologie délirante et exempt de caractéristiques de la personnalité antisociale, indiqué par un score peu élevé à la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (Hare, 1991, 2003) et une moins grande impulsivité. Pour leur part, les individus ayant commis des voies de fait devraient présenter un tableau clinique plus complexe, avec un score supérieur à la PCL-R, une plus grande impulsivité et la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives. Ces derniers devraient se rapprocher du profil des débutants précoces, en lien avec les caractéristiques de la personnalité antisociale davantage qu'avec la maladie, alors que les individus homicides devraient plutôt se rapprocher des débutants tardifs, et présenter un

fonctionnement global plus détérioré, en lien avec une symptomatologie plus envahissante.

Méthode

Participants

Ce projet tire son échantillon de deux projets de recherche distincts. Les participants du premier projet sont issus des pénitenciers du Québec, ainsi que du Centre hospitalier Louis-H Lafontaine, un hôpital psychiatrique. Les participants étaient ciblés sur la base de la présence d'un trouble du spectre de la psychose ou d'un trouble grave de l'humeur dans le mois précédant l'arrestation ou l'hospitalisation. L'échantillon total de ce projet compte 129 participants, dont 69 étaient incarcérés et 60 étaient hospitalisés au moment de la cueillette de données; seuls ceux ayant des antécédents violents officiels de voies de fait, de meurtre, d'homicide involontaire ou de tentative de meurtre ont été retenus aux fins de cette étude, c'est-à-dire 70 participants.

Les participants du deuxième projet de recherche ont été sélectionnés sur la base de trois statuts légaux distincts, c'est-à-dire détenus en milieu carcéral, dans une prison ou un pénitencier du Québec après avoir été reconnus coupables d'un délit violent, détenus en milieu médico-légal, après avoir été trouvés non criminellement responsables, pour cause de trouble mental, ou détenus en milieu hospitalier psychiatrique, suite à un mandat de mise sous garde compte tenu du danger qu'ils

représentaient pour eux-mêmes ou pour autrui. Les participants étaient ciblés sur la base de la présence d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur dans les six mois précédant la cueillette des données. L'échantillon global est constitué de 178 participants mais, comme dans le premier projet, seuls les participants ayant été accusés ou condamnés pour des délits de voies de fait, de meurtre, d'homicide involontaire ou de tentative de meurtre ont été retenus. De plus, seuls les hommes ont été retenus compte tenu qu'aucune femme ne comptait de délit d'homicide et que l'échantillon du premier projet est limité aux participants de sexe masculin. Ainsi, 87 participants du deuxième projet ont été retenus pour cette étude.

L'échantillon compte donc 157 hommes, atteints d'un trouble mental sévère (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non-spécifié, dépression majeure ou trouble bipolaire). Ils sont issus de trois types de milieux, selon quatre statuts légaux distincts, soit carcéral, après avoir été reconnus coupables ($n = 98$), médico-légal, après avoir été tenus non criminellement responsables pour cause de trouble mental ($n = 39$), hospitalier psychiatrique, soit en cure fermée suite à un mandat de mise sous garde ($n = 10$), ou suite à une hospitalisation volontaire ($n = 10$). Ils sont âgés entre 20 et 74 ans, pour un âge moyen de 37 ans ($\bar{ET}=10.51$). Deux sous-groupes sont comparés selon le type de comportement violent commis : voies de fait et homicide. L'échantillon compte 40 participants ayant commis ou tenté un homicide, et 117 participants ayant commis des voies de fait.

Déroulement et considérations éthiques

Les données du premier projet ont été recueillies entre le 1^{er} octobre 1991 et le 31 décembre 1993. Les participants ont été ciblés par les psychologues et les agents de libération conditionnelle pour les détenus du milieu carcéral, et à partir des listes hebdomadaires des nouvelles admissions pour les patients du milieu hospitalier psychiatrique. Les participants ont signé un formulaire de consentement de manière libre et éclairé pour participer à l'étude, et ce, pour l'entrevue et pour la consultation de leurs dossiers institutionnels et criminels. Ils ont aussi été dédommagés financièrement pour leur participation. Dix-huit pourcent de l'échantillon a été soumis à une procédure d'accord inter-juges pour les mesures diagnostiques. (Voir Côté et al., 1997, pour une description méthodologique plus exhaustive).

Les données du deuxième projet ont été recueillies entre juin 1998 et mars 2003. Les participants identifiés par les hôpitaux et par le milieu carcéral comme ayant reçu un diagnostic de trouble mental grave dans les six mois précédant l'étude ont tous été approchés pour participer à l'étude, sur une base volontaire. Ils sont issus de différents établissements des régions de Montréal, Québec, Trois-Rivières et Sherbrooke. Ils ont été évalués dans les jours ou les semaines entourant leur départ de l'établissement. Les participants ont signé un formulaire de consentement autorisant l'entrevue, la consultation de leurs différents dossiers institutionnels ou judiciaires de manière libre et éclairée. Quinze pourcent de l'échantillon a été soumis à une procédure d'accord inter-observateurs afin d'assurer la fidélité des mesures, tant pour l'évaluation que pour la

consultation des dossiers. (Voir Mathieu & Côté, 2009) pour une description plus exhaustive de la méthodologie du projet). Les deux projets avaient obtenus l'approbation des comités d'éthique des divers établissements où ont été recrutés les participants.

Instruments

Les comportements violents officiels ont été retenus, c'est-à-dire les accusations et les condamnations pour des délits de voies de fait simples et graves, de meurtre, d'homicide involontaire et de tentatives de meurtre, tels que définis par l'inscription au dossier criminel officiel du système d'empreintes digitales de la Gendarmerie Royale du Canada.

Les diagnostics et la symptomatologie ont été établis à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-III-R pour les participants du premier projet et du Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID) (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1989) pour les participants du deuxième projet. Les critères diagnostiques sont demeurés les mêmes dans le DSM-IV au niveau des diagnostics étudiés à l'axe I. Le SCID est un instrument clinique standardisé, reconnu dans le domaine pour établir les diagnostics en fonction des critères du DSM-III-R et du DSM-IV. Cet instrument possède une bonne fidélité pour les diagnostics à l'axe I. Les coefficients d'accord inter-juges moyens se situent à .91 pour le premier projet et à .85 pour le second projet.

La stratégie d'analyse impose de contraindre le nombre de variables compte tenu de la taille de l'échantillon. Au niveau du diagnostic principal, il a été choisi de distinguer trois types de diagnostics, soit la schizophrénie, les autres troubles psychotiques (trouble schizo-affectif, trouble schizophréniforme, trouble délirant et trouble psychotique non-spécifié), et les troubles de l'humeur (dépression majeure et trouble bipolaire). La décision de distinguer la schizophrénie des autres troubles psychotiques tient compte de la spécificité clinique dégagée par Côté et ses collaborateurs (1997).

Au niveau des problématiques complémentaires, l'abus de substances psychoactives est considéré sur l'ensemble de la vie et inclut l'alcool ainsi que les drogues. Afin d'éviter un problème de colinéarité entre le trouble de la personnalité antisociale et le score à la PCL-R, le premier étant généralement inclus dans le second, seule la seconde variable a été retenue en raison du fait qu'elle est celle qui apparaît être la plus discriminante quant aux types de délits violents étudiés; le score est associé à la répétition des comportements violents mais non pas à l'homicide.

La version francophone de la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (Hare, 1991) a donc été utilisée pour situer les participants en fonction de leur score à l'échelle. Il s'agit d'un instrument valide et fidèle, dont la traduction a été effectuée et validée par Côté et Hodgins (1996). La PCL-R compte 20 items évalués sur une échelle allant de 0 à 2, selon que l'item ne caractérise pas l'individu (0), qu'il le caractérise sous certains

aspects (1) ou qu'il le caractérise bien (2). L'étude actuelle utilise un score de 20, considérant que ce point de coupure est équivalent à celui de la version tamisage utilisé par l'équipe du projet MacArthur (MacArthur Community Violence Study) (Monahan et al. 2001) d'une part, et la faible prévalence de la psychopathie chez les individus souffrant de troubles mentaux graves d'autre part.

Quant à la symptomatologie, puisque que le lien entre le TCO et l'homicide est peu étudié, il fut décidé de le considérer dans la présente étude, compte tenu de son importance pour le passage à l'acte violent (Link et Stueve, 1994). Celui-ci est composé du délire de persécution et du délire de contrôle, ce qui explique que ces derniers ne se retrouvent pas dans l'étude, pris individuellement. Le délire de référence (attribuer une signification particulière et inhabituelle aux événements, objets ou autres personnes) et le délire de transmission de pensée (conviction que ses pensées sont entendues par d'autres) sont aussi considérés pour leur lien apparent avec le TCO.

L'impulsivité des participants a été évaluée à l'aide des items « faible maîtrise de soi » et « impulsivité » à la PCL-R, selon que ces items sont absents (0) ou présents (1 et 2). Le premier réfère à une tolérance à la frustration lacunaire et à une tendance à répondre aux irritants, à la critique ou à l'autorité de façon agressive. Le second réfère à l'instabilité, à l'absence de préméditation et à des actions irréfléchies, commises sous l'impulsion du moment.

Analyses

L'analyse des correspondances multiples (Greenacre, 2007; Greenacre & Blasius, 2006; et voir l'étude de Joyal et al., sous presse, pour une application concrète de la stratégie d'analyse) a été privilégiée pour les analyses statistiques. Tel que discuté précédemment, il s'agit d'un type d'analyse non linéaire, c'est-à-dire centrée sur la personne plutôt que sur les caractéristiques centrales du groupe. Il s'agit d'analyses exploratoires, réalisées à partir de variables catégorielles. L'aspect linéaire disparaît en raison du fait que ce ne sont plus les corrélations entre les variables qui comptent mais plutôt la manière dont les individus se regroupent pour former des profils, en fonction de leurs similitudes. L'analyse des correspondances multiples fait ressortir des types d'individus ayant des profils semblables quant aux caractéristiques qu'ils partagent; deux individus se ressemblent s'ils ont globalement les mêmes caractéristiques.

La première étape consiste à créer un tableau disjonctif dans lequel les variables sont recodées sur un mode binaire (absence d'abus de substances psychoactives : 0=non, 1=oui; présence d'abus de substances psychoactives : 0=non, 1=oui). Dans le tableau disjonctif, les lignes définissent les participants et les colonnes définissent les modalités de réponses.

L'étape suivante est la définition des axes. En croisant les données des rangées et des colonnes dans une table de contingence, la procédure d'analyse permet de définir un premier axe qui est celui qui contribue le plus à l'inertie. Les profils-variable et les

profils-personne vont se placer dans l'espace et créer des nuages de points, chacun d'eux constituant un profil-variable situé en fonction de son rapport aux autres profils-variables. La synthèse est définie à travers des axes qui viennent rendre compte de l'inertie. Plusieurs axes seront ainsi créés jusqu'à ce que toute l'inertie soit décomposée. Les axes qui expliquent le plus d'inertie sont retenus jusqu'à ce qu'un nouvel axe n'ajoute pas significativement à l'explication de l'inertie. Les axes sont retenus s'ils sont cliniquement interprétables.

Par la suite, une analyse de classification hiérarchique de Ward est faite sur les données de l'analyse des correspondances, plutôt que sur les données initiales. Cette analyse permet de définir le nombre de classes, ou de sous-groupes, à retenir. Pour ce faire, le graphique du coude ou le dendrogramme est utilisé, lesquels permettent d'illustrer plus concrètement les différents sous-groupes en fonction de leurs caractéristiques et de décider du nombre de sous-groupes à retenir. Ensuite, à partir de la répartition des individus dans chaque modalité de réponse, pour chacun des sous-groupes, il est possible de voir quelles variables définissent les sous-groupes. D'abord, l'indice permet de voir comment les individus de chaque sous-groupe s'éloignent de ceux de l'échantillon global sur chacune des variables. Un indice de 1 étant équivalent à la moyenne obtenue dans l'échantillon global; plus l'indice s'éloigne de 1, plus la caractéristique est susceptible d'être discriminante dans le profil. Les indices sont obtenus en divisant le pourcentage d'individus du sous-groupe présentant la caractéristique, par le pourcentage d'individus de l'échantillon global qui la présentent.

Par exemple, un indice de 1,5 signifie que la fréquence de la variable est 1,5 fois plus élevée dans le sous-groupe que dans l'échantillon total. La valeur test permettra d'évaluer si la différence de pourcentage entre ce qui est observé chez les individus du sous-groupe et ce qui est observé dans l'échantillon global est significative. Un indice obtenant une valeur test supérieure à 1,96 ou inférieure à -1,96 est jugé significatif; une caractéristique obtenant une valeur test positive significative signifie que sa présence est nettement supérieure dans le groupe étudié comparativement à sa présence dans l'échantillon global, tandis qu'une valeur test négative significative signifie que sa présence est nettement inférieure, ce qui signifie que la caractéristique qui est discriminante pour le profil.

La variable dépendante, ici le type de délit (homicide ou voie de fait), est placée en variable complémentaire dans l'analyse. Cela permet ainsi de regarder comment le type de délit violent se distingue par rapport aux profils et aux variables, et de voir si les différents sous-groupes se distinguent au niveau de l'homicide ou de la voie de fait.

Résultats

L'analyse des correspondances multiples a révélé une solution en trois dimensions (axes), qui permet d'expliquer 72,63 % de l'inertie totale. La première dimension permet d'expliquer 36,99 % de l'inertie, la deuxième en explique 21,5 %, et la troisième ajoute 14,13 % à l'explication de l'inertie totale.

Les tableaux 1 et 2 illustrent la position des profils-variables sur chacune des dimensions et leur contribution à l'inertie de chaque axe.

(insérer tableaux 1 et 2 ici)

Le premier axe est caractérisé par des profils-variables permettant de distinguer les profils-individus en fonction de la maladie, c'est-à-dire du diagnostic, de la symptomatologie et de l'absence de faible maîtrise de soi. Le deuxième axe discrimine les profils-individus en fonction de l'absence d'indices de psychopathie ou de l'absence de caractéristiques antisociales, c'est-à-dire selon leur score à la PCL-R et en fonction de l'absence d'abus de substances psychoactives ou d'impulsivité. Enfin, le troisième axe permet de distinguer les profils-individus surtout en regard du diagnostic des divers troubles psychotiques, de l'absence d'abus de substances psychoactives et de la présence du délire de transmission de pensées. Notons que certains profils-variables chevauchent deux dimensions à la fois, telle la schizophrénie et le délire de transmission de pensées (dimensions 1 et 3), ainsi que l'absence d'abus de substances psychoactives (dimensions 2 et 3).

La classification hiérarchique de Ward suggère de retenir quatre sous-groupes à partir du graphique du dendrogramme (figure 1).

(insérer figure 1 ici)

La distribution des différents profils-variables caractérisant les participants appartenant à chaque sous-groupe est illustrée au tableau 3.

(insérer tableau 3 ici)

Le premier sous-groupe ($n = 44$), nommé « les schizophrènes délirants », se caractérise par un diagnostic de schizophrénie, par une symptomatologie délirante, ainsi que par une faible maîtrise de soi. En effet, 89 % des individus de ce sous-groupe rencontrent les critères diagnostiques de la schizophrénie, soit deux fois plus que dans l'échantillon global. Au niveau des symptômes, tous les types de délires caractérisent les individus de ce sous-groupe. Quant aux indices d'impulsivité, seule la faible maîtrise de soi est discriminante). Toutefois, l'item « impulsivité » à la PCL-R est malgré tout présent chez 80 % des individus qui forment ce sous-groupe spécifique. Dans le même sens, l'abus de substances psychoactives est présent chez la plupart des individus de ce profil, sans permettre de les distinguer de l'échantillon global cependant.

Le deuxième sous-groupe ($n = 29$), nommé « les psychotiques purs », se compose d'individus qui se caractérisent par un trouble psychotique autre que la schizophrénie (83 %) et par l'absence de problématiques complémentaires au diagnostic principal. Ils se distinguent de l'échantillon global par l'absence de problématique

d'abus de substances psychoactives (indice de 3,7), par un score peu élevé à la PCL-R dans tous les cas, ainsi que par l'absence de caractéristiques associées à l'impulsivité, comparativement à l'échantillon global. Au niveau de la symptomatologie, ils se distinguent par la présence du TCO et du délire de référence, ainsi que par l'absence du délire de transmission de pensées.

Le troisième sous-groupe (n = 48), nommé « les psychotiques délinquants », se caractérise aussi par des individus qui rencontrent les critères diagnostiques d'un trouble psychotique autre que la schizophrénie (52 %), mais qui obtiennent un score modéré – élevé à la PCL-R (88 %), à l'inverse des « psychotiques purs »; ils présentent tous une problématique d'abus de substances psychoactives, en plus de se caractériser par leur grande impulsivité.

Enfin, le quatrième sous-groupe (n = 36), nommé « les dépressifs fonctionnels », se distingue par la présence d'un diagnostic de trouble de l'humeur dans 97 % des cas, ainsi que par l'absence de caractéristiques reliées à la symptomatologie, au trouble de la personnalité antisociale ou à l'impulsivité. En fait, les individus de cette classe n'ont pas de symptomatologie délirante. Ils obtiennent un score peu élevé à la PCL-R. Ceux-ci se distinguent également par leur absence d'impulsivité. De plus, l'abus de substances psychoactives n'est pas discriminant; toutefois, 94 % des individus de ce groupe présentent une telle problématique.

Les résultats offrent deux profils qui se distinguent en regard du type de délit violent privilégié, c'est-à-dire l'homicide et la voie de fait. « Les schizophrènes délirants » se caractérisent par le délit d'homicide. Il s'agit d'ailleurs du seul profil se caractérisant par ce type particulier de délit violent. C'est dans celui-ci que la plus forte prévalence d'homicide est observée. En fait, 40 % des sujets homicides de l'échantillon total s'y regroupent alors qu'inversement, seulement 24 % des participants ayant manifesté une voie de fait le composent. « Les psychotiques délinquants » se distinguent pour leur part par le délit de voie de fait, ou par l'absence d'homicide, alors qu'il s'agit d'un sous-groupe où seulement 15 % de tous les sujets homicides et 36 % de tous les participants ayant commis une voie de fait se retrouvent. Les deux autres profils ne se distinguent pas au chapitre du type de comportement violent. De tous les participants de l'étude, 20 % des sujets homicides se regroupent dans « les psychotiques purs » alors que 25 % se retrouvent chez « les dépressifs fonctionnels », tandis qu'il en est ainsi pour respectivement 18 % et 22 % des individus ayant commis des voies de fait.

Discussion

Les résultats offrent deux profils qui se distinguent au niveau du type de comportement violent. Les individus d'un premier groupe, nommé « les schizophrènes délirants », sont caractérisés par l'homicide, tandis que ceux d'un second groupe, nommé « les psychotiques délinquants », se distinguent quant aux délits de voies de fait. L'hypothèse selon laquelle l'homicide est un type de comportement violent particulier

est donc vérifiée, du moins en partie; les individus qui commettent un homicide sont différents de ceux qui commettent des gestes moins violents tels que des voies de fait. Des variables différentes, ou une configuration différente de celles-ci, caractérisent le type de comportement violent étudié, du moins pour une part.

De façon générale, il était attendu que les individus homicides présentent un tableau clinique plus pur, c'est-à-dire sans les caractéristiques de la personnalité antisociale s'ajoutant au trouble mental, et que la symptomatologie soit à l'avant plan. En contrepartie, il était attendu que les individus ayant plutôt commis une voie de fait aient un tableau clinique plus complexe, qu'ils aient un score supérieur à la PCL-R, une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives, et une plus grande impulsivité. Cela se vérifie du côté des individus du profil des psychotiques délinquants, qui commettent essentiellement des voies de fait. Considérant qu'aucun des participants ne se qualifie à la PCL-R, un score modéré réfère à un trouble de la personnalité. Ainsi, dans le groupe des psychotiques délinquants, le passage à l'acte violent semble davantage relié aux caractéristiques de la personnalité antisociale et à la consommation de stupéfiants. Chez eux, le comportement violent s'inscrit dans un contexte similaire à celui des individus violents de la population générale ne souffrant pas de troubles mentaux graves, tel que suggéré dans la typologie de Dubreucq et ses collaborateurs (2005). Toutefois, le tableau est moins clair dans le cas de l'homicide, du moins pour ceux se regroupant dans le profil des schizophrènes délirants. Tel qu'attendu, les délires sont à l'avant plan, ce qui va dans le sens de la littérature scientifique (Joyal et al., 2004;

Nordström et al., 2006; Shaw et al., 1999; Taylor et al., 1998; 1999), mais la plupart des individus qui composent ce profil ont une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives, en plus de présenter une forte impulsivité, bien que ces variables ne soient pas discriminantes dans ce groupe, en regard de l'échantillon global. Toutefois, cela va également dans le sens de la littérature scientifique confirmant le lien entre l'homicide et l'abus de substances psychoactives (Eronen et al., 1996b; Fazel & Grann, 2004; Putkonen et al., 2004; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006; Wallace et al., 1998; 2004). D'ailleurs, Putkonen et al. (2004) observent que seulement le quart des individus homicides présentent une problématique de santé mentale pure, c'est-à-dire sans trouble de la personnalité antisociale ni problématique d'abus de substances psychoactives. Quoi qu'il en soit, l'hypothèse de départ ne tenait pas compte de l'hétérogénéité des individus homicides vivant avec un trouble mental grave, ce qui a été démontré par Joyal et ses collaborateurs (2004). Ces derniers prenaient soin de distinguer les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant commis un homicide, selon qu'ils présentent ou non un trouble de la personnalité antisociale complémentaire au diagnostic principal. Néanmoins, la présence de délires multiples, celle d'une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives, et une impulsivité importante chez des individus souffrant de schizophrénie, offre un tableau clinique particulièrement explosif et dangereux, pouvant expliquer l'issue fatale du passage à l'acte violent.

Mais à l'instar de ce qui est observé dans les études portant sur la violence, tous les individus homicides ne constituent pas un groupe homogène. Bien qu'ils soient plus faiblement représentés dans le profil des psychotiques délinquants, les sujets homicides se répartissent dans les quatre profils, en fonction du diagnostic principal, de la symptomatologie et des diagnostics complémentaires associés. Deux autres profils ont donc pu être identifiés, soient « les psychotiques purs » et « les dépressifs fonctionnels », dans lesquels se regroupent tout de même 20 % et 25 % de tous les sujets homicides de l'étude; il en est ainsi pour 18 % et 22 % des individus de l'échantillon global ayant commis une voie de fait. Dans ces deux profils, il n'y a pas de distinction quant au type de comportement violent privilégié, c'est-à-dire que la forme de la violence ne se distingue pas de façon spécifique. Les individus de ces profils se caractérisent par un score peu élevé à la PCL-R et par une moins grande impulsivité, mais l'un se caractérise par un diagnostic de trouble psychotique autre que la schizophrénie, l'autre par un trouble de l'humeur.

Le quatrième profil, les dépressifs fonctionnels, n'était pas considéré jusque là dans la littérature scientifique portant sur la violence et les troubles mentaux graves. La problématique d'abus de substances psychoactives est associée au passage à l'acte, mais d'autres variables influencent probablement le comportement violent, notamment la symptomatologie dépressive. Chez les individus souffrant d'un trouble de l'humeur, il y a deux issues à la violence, soit qu'elle est dirigée envers eux-mêmes, soit qu'elle est dirigée envers autrui. L'étude ne tient malheureusement pas compte des symptômes

affectifs, ni des conduites suicidaires, mais il est probable que le passage à l'acte violent s'inscrive davantage en lien avec cette symptomatologie. Néanmoins, ce sous-groupe est porteur d'un pronostic plus favorable que les autres, les troubles de l'humeur pouvant se résorber plus facilement que les troubles psychotiques.

Les résultats permettent donc d'identifier une certaine spécificité délictuelle; ils vont dans le sens d'une typologie du comportement violent. Mais au-delà du type de comportement violent, cette étude permet de valider les typologies avancées antérieurement. En ce sens, suivant la nosographie des débutants précoces et des débutants tardifs, les individus qui présentent les caractéristiques du profil des psychotiques délinquants s'apparentent aux débutants précoces, selon la typologie avancée par Hodgins et al. (1998), tandis que les trois autres profils s'apparentent plutôt au profil des débutants tardifs, dans lesquels c'est la maladie qui est à l'avant plan, plutôt que les comportements antisociaux. Hodgins (2008) propose l'existence de deux types de débutants tardifs. Elle cible un premier type chez lequel l'homicide serait plus prévalent, comparativement aux débutants précoces, mais dont la prévalence de l'abus de substances psychoactives serait tout aussi importante, ce qui correspond aux schizophrènes délirants de la présente étude. Elle décrit aussi un second type de débutants tardifs, observé chez les schizophrènes chroniques, parmi lesquels le passage à l'acte serait davantage relié à la prépondérance des symptômes négatifs de la maladie, en lien avec des déficits considérables au niveau de l'expérience affective. Ce second type de débutants tardifs n'est pas observé dans l'échantillon actuel, d'abord parce que ces

symptômes n'ont pas été considérés, mais aussi parce que la plupart des schizophrènes se regroupent dans le premier type de débutants tardifs identifiés par Hodgins.

Les résultats permettent donc de cibler quatre profils d'individus qui se distinguent au plan des diagnostics spécifiques et des diagnostics complémentaires, ainsi que de la symptomatologie. Ceux-ci sont mis en relation quant au type de comportement violent, en l'occurrence, l'homicide, les voies de fait, ou encore, l'absence de spécificité délictuelle. Les profils qui se dégagent fournissent des pistes de réflexion intéressantes pour l'évaluation et la gestion du risque de passage à l'acte violent; ils appuient une approche privilégiant le recours au jugement clinique structuré, tel que préconisé dans la HCR-20, ce qui permet de tenir compte de l'organisation spécifique des facteurs en cause. Au plan de la gestion du risque, ils permettent d'élaborer des plans de traitement mieux adaptés aux problématiques spécifiques des individus souffrant de troubles mentaux graves, en tenant compte des caractéristiques individuelles et contextuelles.

Forces et limites de l'étude

La plus grande force de l'étude réside sans doute dans sa stratégie d'analyse. Les résultats confirment l'importance d'une approche centrée sur la personne, plutôt que sur les variables, en ce sens que chacun des quatre profils vient regrouper des individus relativement semblables. Au chapitre des variables associées au passage à l'acte, l'importance que prend chacune d'elle dépend de son agencement avec les autres, de sorte que les variables associées au comportement violent n'ont pas nécessairement le

même poids ou ne contribuent pas de la même manière chez tous les individus violents, d'où la richesse d'une approche typologique. Les diagnostics sont bien établis. Ils possèdent une bonne fidélité inter-observateurs; ils incluent à la fois les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Bien qu'il s'agisse d'une étude rétrospective, elle est bâtie selon un schème rigoureux. Les participants sont issus de différents milieux et l'étude tient compte de tous les statuts légaux, ce qui assure une certaine représentativité à l'échantillon. Les résultats offrent une piste de réflexion intéressante, mais ils devront être reproduits dans des études ultérieures, la taille restreinte de l'échantillon limitant la stabilité des résultats. En raison de la faible prévalence de l'homicide chez les individus souffrant de troubles mentaux graves, les données de deux projets d'études ont dû être jumelées afin de favoriser un échantillon plus représentatif. Il serait intéressant d'inclure des variables contextuelles dans des études ultérieures afin de préciser le contexte du passage à l'acte et, ainsi, pouvoir bonifier l'intervention dans un dessein préventif. À ce chapitre, une attention particulière pourrait notamment être portée à l'intoxication au moment du passage à l'acte violent, de même qu'au lien qui unit l'agresseur à sa victime.

Conclusion

Les résultats de l'étude permettent de conclure à l'existence de quatre types d'individus violents distincts. Le type de comportement violent, homicide et voie de fait, distingue deux d'entre eux, ce qui abonde dans le sens d'une approche taxinomique du

comportement violent, c'est-à-dire que la violence ne se situe pas sur un continuum mais qu'un mode d'organisation particulier peut mener à un type spécifique de comportement violent, pour certains types d'individus à tout le moins. Toutefois, à l'instar de la violence en général, les individus homicides ne constituent pas un groupe homogène et pour certains individus, il n'y a pas de distinction quant au type de comportement violent privilégié. Quoi qu'il en soit, les résultats permettent de conclure à la présence d'une spécificité clinique et délictuelle. Ils suscitent un questionnement sur la pertinence d'inclure les individus homicides dans une définition globale du comportement violent, en raison du danger d'affaiblir la qualité des résultats des études considérant tous les comportements violents regroupés dans une même catégorie. Au terme de cette étude, il est possible de conclure que l'obtention de quatre profils distincts d'individus violents chez des personnes vivant avec un trouble mental grave suggère que des problématiques distinctes sont associées au passage à l'acte violent, commis pour des motifs probablement distincts également. Ces différences doivent être prises en considération en raison de leur importance au plan clinique, tant au niveau du traitement que de l'évaluation et de la gestion du risque de comportement violent, en particulier auprès d'individus vivant avec un trouble mental grave.

Références

- Appelbaum, P., Robbins, P., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions : data from the McArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.
- Asnis, G.M., Kaplan, M.L., Hundorfean, G., & Saleed, W. (1997). Violence and homicidal behaviours in psychiatric disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 405-425.
- Björkly, S. (2002). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 616-631.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1996). L'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R) : Éléments de la validation de la version française. Toronto : Multi-Health Systems.
- Côté, G., & Hodgins, S. (2003). Les troubles mentaux et le comportement criminel. In M. LeBlanc, M. Ouimet & D. Szabo (eds.), *Traité de criminologie*, 3^{ième} édition (503-548). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, G., Hodgins, S., Toupin, J., & Pham, T.H. (2000). Psychopathie et comportements violents. In T.H. Pham et G. Côté (eds.), *Psychopathie : Théorie et Recherche* (75-95). Villeneuve-d'Ascq, France : Presses Universitaires du Septentrion.

- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., & Hart, S.D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Dubreucq, J.L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 852-865.
- Dumais, A., Côté, G., & Lesage, A. (2010). Clinical and sociodemographic profiles of male inmates with severe mental illness : A comparison with voluntarily and involuntarily hospitalized patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 172-179.
- Dumais, A., Potvin, S. Joyal, C., Allaire, J. F., Stip, E., Lesage, A., et al. (sous presse). Schizophrenia and serious violence : a profile analysis integrating impulsivity and substance use disorders. *Schizophrenia Research*.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Muller-Isberner, R., & Jockel, D. (2001). Homicide and schizophrenia : maybe treatments does have a preventive effect. *Criminal and Behavioral Mental Health*, 11, 6-26.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996a). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996b). Schizophrenia and homicidal behaviour. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-88.
- Fazel, S., & Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, 16, 2129-2131.

- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6, e1000120.
- Greenacre, M. (2006). *Correspondence Analysis in Practice Second Edition*. London, UK: Chapman & Hall/CRC.
- Greenacre, M. J., & Blasius, J. (2006). *Multiple Correspondence Analysis and Related Methods*. London, UK: Chapman & Hall/CRC.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health System.
- Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition*. Toronto: Multi-Health System.
- Hart, S.D., Cox, D.N., & Hare, R.D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL-SV)*. Toronto: Multi-Health System.
- Hodgins, S. (2001). Les malades mentaux et la criminalité: cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes. In S. Bauhofer, P.-H. Bolle, & V. Dittman (eds.). *Délinquants dangereux Gemeingefährliche Straftäter (97-134)*. Zurich, Suisse : Verlag Rüegger-Chur.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia : a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2505-2518.
- Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorder and crime: An etiological hypothesis. In D. Cooke, A. Forth & R.D. Hare (eds.). *Psychopathy*

- theory: Research and implications for society (231-56)*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Hodgins, S., Hiscoke, U.L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Science and the Law*, 21, 523-546.
- Hodgins, S., Tengstrom, A., Ericksson, A., Osterman, R., Kronstrand, R., Eaves, D., et autres (2007). A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders: Design measures, and the forensic sample. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 211-228.
- Joyal, C.C. (2005). Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic, numéro spécial « Psychiatrie et violence »*, 5, 5-9.
- Joyal, C.C., Côté G., Meloche, J., & Hodgins, S. (sous presse). Severe mental illness and aggressive behavior : On the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*.
- Joyal, C.C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433-442.
- Laajasalo, T., & Häkkänen, H. (2005). Offence and offender characteristics among two groups of Finnish homicide offenders with schizophrenia : Comparison of early – and late – start offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16, 41-59.

- Large, M., Smith, G., & Nielssen, O. (2009). The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 112*, 123-129.
- Lesch, K.P., & Merschdorf, U. (2000). Impulsivity, aggression, and serotonin : a molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law, 18*, 581-604.
- Link, B.G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H. J. Steadman (eds.) *Violence and mental disorder (137-159)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Link, B.G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 555-560.
- Matejkowski, J.C., Cullen, S.W., & Solomon, P.L. (2008). Characteristics of persons with severe mental illness who have been incarcerated for murder. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law, 36*, 74-86.
- Mathieu, C., & Côté, G. (2009). A modelization of the differences found in early- and late-starters French Canadian offenders. *International Journal of Forensic Mental Health, 8*, 25-32.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1783-1793.

- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Clark Robbins, P., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). Rethinking Risk Assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford: Oxford University Press.
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 626-636.
- Nolan, K.A., Volavka, J., Mohr, P., & Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50, 787-792.
- Nordström, A., Nahlgren, L., & Kullgren, G. (2006).Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 192-203.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C.C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders of Mentally Ill Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 59-72.
- Retz, V., Retz-Junginger, P., Supprian, T., Thomes, J., & Rösler, M. (2004). Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence L Relation with personality disorders, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 415-425.

- Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, Th., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, Th. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 98-107.
- Shaw, J., Appleby, L., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H., & Parsons, R. (1999). Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1240-1244.
- Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., McCann, K., Burns, J., Kapur, N., & Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, 101, 1117-1124.
- Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1989). Introduction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York : Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Swanson, J.W., Borum, R., & Swartz, M.S. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.
- Taylor, P.J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Taylor, P.J., Leese, M., William, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.

- Tengström, A., Grann, M., Långström, N., & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24, 45-48.
- Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 205-218.
- Wallace, C., Mullen, P.E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- Wallace, C., Mullen, P.E., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). Assessing Risk of Violence to Others. Dans C. D. Webster & M. A. Jackson (Éds), *Impulsivity : Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 251-277). New York : Guilford.
- Wolfgang, R., Petra, R.-J., Tilmann, S., Johannes, T., & Michael, R. (2004). Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence : Relation with personality disorders, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 415-425.

Tableau 1
Coordonnées des profils-variables sur les axes

		Axe 1	Axe 2	Axe 3
Diagnostic principal	Trouble humeur	-1.0094	-0.0985	0.3901
	Schizophrénie	0.9674	0.2578	0.9284
	Autre trouble psychotique	0.2650	-0.1159	-1.2326
Abus de substances psychoactives	Absence	0.1657	1.6529	-0.9464
	Présence	-0.0228	-0.2276	0.1303
Faible maîtrise de soi	Absence	-0.8806	0.5669	0.0669
	Présence	0.3429	-0.2207	-0.0261
Impulsivité	Absence	-0.4281	1.1844	0.1717
	Présence	0.1228	-0.3398	-0.0493
Score à la PCL-R	Bas	-0.2476	0.6555	0.0566
	Modéré-élevé	0.3414	-0.9038	-0.0780
TCO	Absence	-0.8518	-0.3069	0.1819
	Présence	0.6679	0.2406	-0.1427
Délire de référence	Absence	-0.5337	-0.1813	0.1710
	Présence	0.6634	0.2253	-0.2125
Délire de transmission de pensées	Absence	-0.3885	-0.0861	-0.2658
	Présence	1.1756	0.2606	0.8042

Tableau 2
Contribution des profils-variables à chacun des axes

		Axe 1	Axe 2	Axe 3
Diagnostic principal	Trouble humeur	0.1507	0.0022	0.0455
	Schizophrénie	0.1098	0.0117	0.2044
	Autre trouble psychotique	0.0095	0.0027	0.4151
Abus de substances psychoactives	Absence	0.0013	0.1991	0.0877
	Présence	0.0002	0.0274	0.0121
Faible maîtrise de soi	Absence	0.0870	0.0542	0.0010
	Présence	0.0339	0.0211	0.0004
Impulsivité	Absence	0.0164	0.1883	0.0053
	Présence	0.0047	0.0540	0.0015
Score à la PCL-R	Bas	0.0142	0.1499	0.0015
	Modéré-élevé	0.0196	0.2067	0.0021
TCO	Absence	0.1277	0.0249	0.0118
	Présence	0.1001	0.0195	0.0092
Délire de référence	Absence	0.0632	0.0110	0.0131
	Présence	0.0786	0.0136	0.0163
Délire de transmission de pensées	Absence	0.0454	0.0034	0.0430
	Présence	0.1375	0.0102	0.1300

Figure 1
Dendogramme

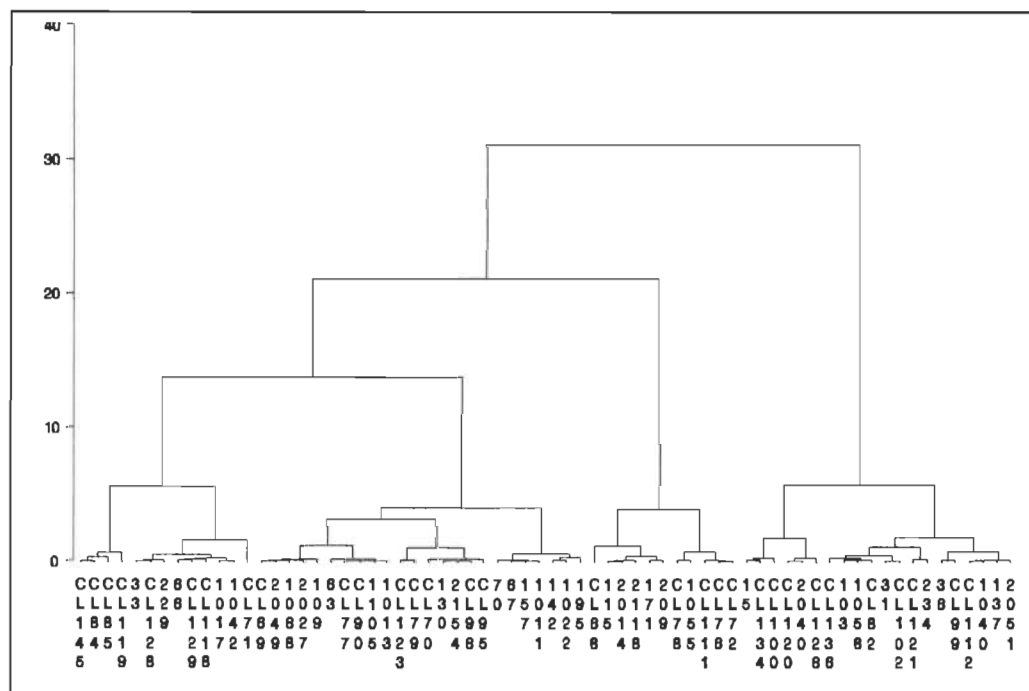


Tableau 3
Distribution des profils-variables caractérisant les participants dans les quatre sous-groupes

	<i>Sous-groupes</i>				Échantillon total n = 157	
	Schizophrènes délirants n = 44	Psychotiques purs n = 29	Psychotiques délinquants n = 48	Dépressifs fonctionnels n = 36		
	% valeur test	% valeur test	% valeur test	% valeur test	n	%
Trouble de l'humeur	2 ^b -5,59	14 ^b -2,85	38 0,1	97 ^a 8,51	58	37
Schizophrénie	89 ^a 10,17	3 ^b -3,37	10 ^b -3,43	3 ^b -3,96	46	29
Autre trouble psychotique	9 ^b -4,06	83 ^a 6,17	52 ^a 3,22	0 ^b -4,86	53	34
Abus de substances psychoactives	91 0,72	55 ^b -5,96	100 3,08	94 1,37	138	88
PCL-R (score modéré – élevé)	46 0,54	0 ^b -5,06	88 ^a 7,64	11 ^b -4,26	66	42
Impulsivité	80 0,35	62 ^b -2,23	98 4,03	61 ^b -2,71	122	78
Faible maîtrise de soi	93 3,69	52 ^b -2,68	94 4,02	33 ^b -5,86	113	72
TCO	91 ^a 5,48	79 ^c 2,79	50 -1,01	3 ^b -7,31	88	56
Délire de référence	75 ^a 4,77	62 2,1	35 -1,52	6 ^b -5,34	70	45
Délire de transmission de pensées	75 ^a 9,05	10 -1,99	6 -3,56	0 ^b -3,91	39	25
Homicide	36 ^c 1,95	28 0,29	13 ^b -2,46	28 0,36	40	25
Voie de fait	64 -1,96	72 -0,28	88 2,47	72 -0,35	117	75

a) présence de la variable avec un indice supérieur à 1,5

b) absence de la variable avec un indice supérieur à 1,5 ou inférieur à 0,5

c) présence de la variable avec un indice entre 1,4 et 1,49

Discussion générale

L'opinion publique est parfois très dure à l'endroit des individus vivant avec un trouble mental grave; ils sont souvent considérés comme potentiellement dangereux. Les troubles mentaux graves sont associés à un risque accru de violence; pourtant, seule une minorité des individus ayant de tels troubles sont violents. Et parmi ceux-ci, les facteurs associés ne sont pas les mêmes pour chacun. Certains sont violents en lien avec la maladie alors que, pour d'autres, ce n'est pas tant la maladie en elle-même qui est à l'origine du passage à l'acte violent, mais plutôt les caractéristiques d'un trouble de la personnalité ou la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives. De plus, au-delà du risque accru de violence, une distinction s'impose quant au type de comportement violent, tous n'allant pas jusqu'à enlever la vie à autrui.

L'objectif premier de ce projet de recherche était donc de démontrer le caractère taxinomique du comportement violent, c'est-à-dire de démontrer que la violence ne peut pas être conceptualisée simplement comme un continuum. L'hypothèse de départ découlait de la prémisse selon laquelle un individu ne devient pas de plus en plus violent au fil du temps, jusqu'à commettre un jour le geste ultime de tuer autrui. En fait, il était avancé que les individus commettant un homicide sont plutôt différents de ceux qui se limitent à des gestes moins violents, que des facteurs différents sont impliqués dans ce type particulier et extrême de violence, ou du moins, que ces facteurs s'organisent différemment.

Pour ce faire, il fut choisi de délaissé les mesures de tendances centrales au profit d'analyses centrées sur l'individu. Il n'était pas question ici de chercher à comprendre l'homicide à partir des caractéristiques propres au groupe, mais plutôt de partir des caractéristiques individuelles, afin de dégager des profils spécifiques, pour ensuite regarder comment ces profils peuvent s'appliquer ou non au champ de l'homicide.

Alors qu'il était attendu que deux profils ressortent, un pour l'homicide et un pour la voie de fait, les résultats de l'étude offrent plutôt quatre profils distincts d'individus violents souffrant de troubles mentaux graves. Les participants de l'étude se regroupent dans chacun de ceux-ci selon leurs caractéristiques propres. Les profils ont été nommés « les schizophrènes délirants », « les psychotiques purs », « les psychotiques délinquants », et « les dépressifs fonctionnels ».

L'hypothèse de départ était que les individus ayant commis un homicide auraient une problématique de santé mentale plus pure, c'est-à-dire sans caractéristiques de la personnalité antisociale prédominantes, où la symptomatologie serait à l'avant-plan. En contrepartie, elle prévoyait que ceux s'étant limités à des voies de fait se caractériseraient davantage par la complexité de leur tableau clinique, avec la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives complémentaire au diagnostic principal, un score plus élevé à la PCL-R, ainsi qu'une plus grande impulsivité.

Les résultats permettent de valider, du moins partiellement, cette hypothèse. Tel qu'attendu, les résultats offrent deux profils qui se distinguent quant au type de comportement violent privilégié, homicide ou voie de fait. Celui dans lequel le délit de voie de fait est prédominant, « les psychotiques délinquants », va dans le sens attendu à tous les niveaux. Il s'apparente grandement aux délinquants de la population générale, c'est-à-dire aux délinquants ne souffrant pas de troubles mentaux graves, du fait que ce sont davantage les troubles du comportement qui priment, plutôt que le trouble mental grave en lui-même. Considérant la faible prévalence de la psychopathie dans l'échantillon, le score modéré-élevé à la PCL-R réfère davantage au trouble de la personnalité antisociale qu'à la psychopathie. Ainsi, ce sont les caractéristiques associées à ce trouble de la personnalité, ainsi que l'abus de substances psychoactives et l'impulsivité qui définissent le mieux les individus de ce profil. Toutefois, celui qui se caractérise plutôt par le délit d'homicide, « les schizophrènes délirants », diffère légèrement de l'hypothèse de départ. Tel qu'attendu, c'est la symptomatologie délirante qui y est prédominante, ce qui va dans le sens des études reliant le délire et l'homicide (Fazel & Grann, 2004; Fioritti et al., 2006; Koh et al., 2005; Matejkowski et al., 2008; Putkonen et al., 2004; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006; Wallace et al., 1998; 2004). Cela permet aussi de confirmer le lien entre le TCO et l'homicide, tel qu'observé par Nordström et ses collaborateurs (2006), du moins, chez les individus partageant les caractéristiques propres aux individus de ce profil. Toutefois, il ne s'agit pas d'une problématique pure au plan du diagnostic. En fait, bien que l'abus de substances psychoactives ne soit pas discriminant, une grande proportion des individus se

regroupant dans ce profil sont aux prises avec une telle problématique, en plus de manifester des caractéristiques importantes d'impulsivité. L'abus de substances psychoactives était très prévalent chez tous les participants de l'échantillon global. Cette forte prévalence peut notamment s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une donnée prise sur l'ensemble de la vie, et non pas seulement au moment de commettre le délit ou au cours de la période active de la maladie. Néanmoins, cela va dans le sens des conclusions de Putkonen et ses collaborateurs (2004), qui notent que seulement le quart des individus ayant commis un homicide ont une problématique de santé mentale pure, sans trouble de la personnalité antisociale et sans problématique d'abus de substances psychoactives concomitantes. Ceux-ci ne se regroupent vraisemblablement pas dans le profil des schizophrènes délirants. Mais l'hypothèse selon laquelle les sujets homicides présenteraient un tableau clinique pur apparaît maintenant réductrice, en ce sens qu'elle ne tenait pas compte de l'hétérogénéité des individus homicides. Or, à l'instar de ce qui est observé dans la violence en général, les individus homicides ne constituent pas un groupe homogène, tel qu'en témoignent les travaux de Joyal et ses collaborateurs (2004), qui distinguent les individus homicides avec et sans trouble de la personnalité antisociale complémentaire au trouble psychotique. Quoi qu'il en soit, il est possible de penser que les personnes composant le profil des psychotiques délirants sont des individus plus réfractaires au traitement, qui collaborent moins avec les intervenants, qui ont recours à l'intoxication pour éviter les symptômes, dans une optique d'auto-médication. Chez les individus de ce profil, le passage à l'acte apparaît plus impulsif, en lien avec la symptomatologie délirante mais, surtout, plus explosif et excessif. De plus,

Ries et ses collaborateurs (2000) suggèrent que l'abus de substances psychoactives peut exacerber les symptômes psychotiques associés au passage à l'acte violent, lequel survient possiblement dans un contexte d'intoxication, tel que le suggèrent Fioritti et ses collaborateurs (2006).

Quoi qu'il en soit, un profil est associé à l'homicide, soit celui des schizophrènes délirants, alors qu'un autre est plutôt associé à l'absence d'homicide, soit celui des psychotiques délinquants. Mais si un type particulier de comportement violent caractérise un certain sous-groupe, les individus ayant commis un homicide ne constituent pas un groupe homogène. En fait, dans l'échantillon global de l'étude, 40 % des individus homicides se regroupent dans le profil des schizophrènes délirants, de sorte que 60 % des sujets homicides se répartissent dans les trois autres profils, bien qu'ils soient sous-représentés chez les psychotiques délinquants.

Ainsi, deux profils ne se distinguent pas au plan du type de comportement violent privilégié, c'est-à-dire qu'ils constituent des profils sans spécificité délictuelle. Il s'agit des « psychotiques purs » et des « dépressifs fonctionnels ». C'est dans le profil des psychotiques purs que se regroupent les individus violents ayant commis un homicide ou une voie de fait qui souffrent d'une problématique de santé mentale unique. Suivant la typologie de Dubreucq et ses collaborateurs (2005), les individus de ce profil s'apparentent à ceux chez lesquels c'est la maladie en elle-même qui est à l'avant-plan;

ils se caractérisent par l'absence d'abus de substances psychoactives, par un score peu élevé à la PCL-R, ainsi que par une moins grande impulsivité.

De façon similaire, les dépressifs fonctionnels se caractérisent essentiellement par un trouble de l'humeur au plan du diagnostic, la plupart des individus souffrant d'un tel trouble se regroupant dans ce profil spécifique. Eux aussi se caractérisent par un score peu élevé à la PCL-R; ils font preuve d'une moins grande impulsivité. Toutefois, la plupart d'entre eux ont une problématique d'abus de substances psychoactives à un moment au cours de leur vie, bien que cette problématique ne les discrimine pas. Il s'agit d'une classe d'individus qui est peu étudiée dans la littérature scientifique portant sur la violence et les troubles mentaux graves, les chercheurs privilégiant généralement les études auprès d'individus souffrant d'un trouble psychotique. Il est possible que le passage à l'acte soit associé à la problématique d'abus de substances psychoactives, mais d'autres variables sont probablement associées au comportement violent, notamment la symptomatologie dépressive. Chez les individus aux prises avec un trouble de l'humeur, il y a deux issues à la violence, soit qu'elle est auto-dirigée, soit qu'elle est hétéro-dirigée. L'étude ne tient malheureusement pas compte des symptômes affectifs, ni des conduites et des idéations suicidaires, mais il est probable que le passage à l'acte s'inscrive davantage en lien avec cette symptomatologie.

Dans ces deux derniers profils, la violence est plus hétérogène. Le comportement violent est davantage associé à la maladie en elle-même, le passage à l'acte violent

survenant possiblement en période de désorganisation. Ces deux profils semblent être porteurs d'un meilleur pronostic. Chez les psychotiques purs, la maladie apparaît s'être résorbée au moment de la cueillette des données, ce qui suggère une certaine collaboration au traitement et un meilleur fonctionnement global en général. Les dépressifs fonctionnels, pour leur part, présentent un meilleur potentiel de rémission, la symptomatologie se résorbant plus facilement. Ainsi, il est possible de penser que, chez ces deux groupes d'individus, le passage à l'acte est peut-être plus isolé et plus facile à anticiper, parce qu'il est potentiellement moins impulsif.

L'hypothèse de départ visait principalement l'identification de profils spécifiques d'individus violents, à savoir si ces profils permettent de discriminer les individus eu égard au type de comportement violent privilégié, ici l'homicide et la voie de fait. Toutefois, à l'instar de la violence en général, les individus homicides ne constituent pas un groupe homogène. Tous les homicides commis par des individus vivant avec un trouble mental grave ne sont donc pas similaires en ce sens que, pour certains individus ayant commis un homicide, la symptomatologie, les caractéristiques de la personnalité antisociale ou une problématique d'abus de substances psychoactives peuvent être associées ou non au passage à l'acte. Il y a donc lieu de distinguer les sujets homicides à l'intérieur même de ce sous-groupe particulier de délinquants, comme ce qui est observé dans les études portant sur la violence en général. Il est important de tenir compte de l'organisation spécifique de différentes variables en cause dans l'homicide également,

tel que l'ont fait les chercheurs s'étant intéressés à dégager des spécificités cliniques ou des profils d'individus violents souffrant de troubles mentaux graves.

L'intérêt porté aux analyses centrées sur la personne, et la notion de profils spécifiques aux individus violents, découlent des avancées de la recherche réalisées au cours des deux dernières décennies. En particulier de celles qui se sont intéressées à dégager des profils et des typologies distinctes selon les différentes caractéristiques associées aux comportements violents chez les individus souffrant de troubles mentaux graves.

La logique linéaire aurait voulu que le diagnostic principal ne soit pas retenu dans l'étude, parce que les individus homicides ne se distinguent pas des individus ayant commis des voies de fait à ce niveau. Toutefois, il fut choisi d'inclure tout de même cette variable, ce qui a permis de bonifier les résultats obtenus, parce que le diagnostic principal est prédominant dans la définition même des quatre profils obtenus. Cela permet d'abord de dégager une certaine spécificité diagnostique. Pour un profil, celui des schizophrènes délirants, c'est le diagnostic de schizophrénie qui est discriminant, pour un autre, celui des dépressifs fonctionnels, le trouble de l'humeur s'avère associé au comportement violent. Les deux autres profils, les psychotiques purs et les psychotiques délinquants, se distinguent par la présence d'un trouble psychotique autre que la schizophrénie. Mais ces deux sous-groupes sont fort différents. Le premier se distingue par un score peu élevé à la PCL-R, par l'absence d'une problématique d'abus

de substances psychoactives, et par des caractéristiques d'impulsivité moins importantes. À l'inverse, le second se caractérise pour sa part par un score plus élevé à la PCL-R, ainsi que par la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives et une grande impulsivité chez pratiquement tous les individus qui le composent.

Les résultats permettent aussi de valider empiriquement, du moins en partie, les typologies avancées antérieurement dans la littérature scientifique. En partant de la nosographie des débutants précoces et des débutants tardifs, les psychotiques délinquants s'apparentent davantage aux débutants précoces tels que décrits par Hodgins et ses collaborateurs (1998). Ils se caractérisent par un score plus élevé à la PCL-R, par la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives et par une plus grande impulsivité, c'est-à-dire par leurs caractéristiques de la personnalité antisociale, comme chez les délinquants de la population générale, plutôt que par la maladie en elle-même. Cela permet aussi d'appuyer les résultats de Mathieu et Côté (2009), quant à la plus grande impulsivité des débutants précoces. Toujours suivant cette nosographie, les individus des trois autres profils s'apparentent plutôt aux débutants tardifs. Hodgins (2008) suggère l'existence de deux types distincts de débutants tardifs. Un premier, chez qui les conduites antisociales sont consécutives à l'apparition de la maladie mentale. Les individus qui le composent comptent peu de crimes violents à leur actif, et encore moins de crimes non-violents mais, en contrepartie, ils commettent plus souvent un homicide lorsqu'ils sont comparés aux débutants précoces. Il n'y aurait pas de différence au niveau de la prévalence d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues entre les

débutants précoces et ce premier type de débutants tardifs, mais l'abus de substances psychoactives pourrait être directement associé au comportement violent. Ces premiers débutants tardifs se rapprochent ici du profil des schizophrènes délirants. Hodgins (2008) identifie aussi un second type de débutants tardifs parmi les schizophrènes chroniques; ceux-ci moins étudiés jusqu'ici. Ce second type de débutants tardifs n'auraient pas d'antécédent de comportements antisociaux ou agressifs mais, dans la trentaine, ils tueraient ou tenteraient de tuer quelqu'un, souvent un aidant. Le passage à l'acte serait alors davantage relié à la prépondérance des symptômes négatifs, en lien avec des déficits importants au niveau de l'expérience affective (affect superficiel, manque d'empathie, absence de remords, incapacité à assumer la responsabilité de ses actions). Ce second type de débutants tardifs n'a pas pu être observé dans l'étude, les symptômes négatifs n'ayant pas été considérés, et la plupart des participants souffrant de schizophrénie se regroupant dans le premier type de débutants tardifs avancés par Hodgins (2008).

Les résultats permettent aussi de valider en partie la typologie avancée par Dubreucq et ses collaborateurs (2005), qui suggèrent la présence d'un premier groupe de psychotiques, dont le passage à l'acte violent s'inscrit davantage dans le cadre des manifestations de la maladie, en réponse aux symptômes actifs de la psychose, tandis qu'un second groupe de psychotiques présente des problématiques concomitantes de trouble de la personnalité antisociale et d'abus de substances psychoactives. Chez ces individus, le comportement violent n'est pas nécessairement associé à la maladie ou à

ses symptômes, mais il se situe davantage en lien avec les caractéristiques de personnalité antisociales ou à l'intoxication; il survient dans un contexte similaire à celui des individus violents de la population générale.

Limites et forces de l'étude

La plus grande force de l'étude réside sans doute dans sa stratégie d'analyse. Les résultats confirment la richesse d'une approche centrée sur la personne, plutôt que sur les variables, en ce sens que les quatre profils se caractérisent par les similarités des individus qui les composent; les variables associées au passage à l'acte n'ont pas le même poids ou ne contribuent pas de la même manière chez tous les individus violents, selon leur organisation spécifique. Il y a lieu de distinguer les individus qui commettent un homicide, ceux qui commettent des voies de fait, et ceux qui usent de violence, sans distinction quant au type de comportement violent privilégié. Au-delà de l'approche utilisée et de sa stratégie d'analyse, les diagnostics cliniques sont bien établis. Ils possèdent une bonne fidélité inter-observateurs. L'étude tient compte à la fois des troubles de l'humeur et des troubles psychotiques. Il s'agit d'une étude rétrospective, mais d'une étude bâtie selon un schème rigoureux, réalisée dans différents milieux et qui prend en considération tous les statuts légaux, pour une plus grande représentativité de l'échantillon. Toutefois, puisque le nombre de participants est limité, en particulier chez ceux ayant commis un homicide, les résultats peuvent être considérés comme une piste de réflexion intéressante, mais ils devront être reproduits dans des études ultérieures. Compte tenu de la faible prévalence de l'homicide chez les individus souffrant de

troubles mentaux, il a été nécessaire de jumeler les données de deux projets d'études pour favoriser un échantillon plus représentatif. À la lumière des résultats obtenus, des études ultérieures devraient inclure des variables contextuelles, telles que la symptomatologie active et l'intoxication au moment du délit, le lien qui unit l'individu violent et sa victime, l'arme utilisée et la nature des blessures infligées, afin de favoriser une meilleure compréhension du passage à l'acte violent en lui-même et de bonifier l'intervention à des fins préventives.

Implications cliniques

Les résultats de cette étude permettent un rapprochement entre la recherche et la pratique clinique. Ils pourraient avoir des répercussions non négligeables pour le traitement et la gestion des individus violents vivant avec un trouble mental grave. Ils suggèrent une approche visant un traitement intégré, tenant compte du tableau clinique spécifique à l'individu, c'est-à-dire du diagnostic principal et des problématiques associées, ainsi que des caractéristiques à l'avant plan dans le passage à l'acte, telles que la symptomatologie ou les caractéristiques de la personnalité de l'individu. Hodgins (2001) mettait l'accent sur l'importance de bien identifier les caractéristiques distinctes et les besoins spécifiques de l'individu, afin d'arrimer des stratégies de traitement et des services adaptés à chacun. En fait, considérant l'hétérogénéité des problématiques sous-jacentes aux passages à l'acte violents des individus souffrant de troubles mentaux graves, il semble peu efficace d'intervenir sur les différents facteurs de risque individuellement, en les traitant simplement l'un après l'autre, puisqu'ils sont inter

reliées. Les traitements individualisés et les approches intégrées apparaissent plus efficaces chez ces individus (Drake, Mueser, Brunette & McHugo, 2004).

Ces résultats permettent aussi d'appuyer une certaine conception de l'évaluation et de la gestion du risque, en soutenant une approche qui repose sur le jugement clinique structuré tel que préconisé par la HCR-20 (Webster et al., 1997), car il ne suffit pas seulement d'additionner différents facteurs de risque mais plutôt de tenir compte des interactions entre ceux-ci, de leur agencement spécifique, qui permet une évaluation globale tenant compte tant des facteurs individuels que contextuels, tant des facteurs statiques que des facteurs dynamiques et de ceux reliés à la gestion du risque. Dans le champ de la maladie mentale, la problématique est trop complexe pour être comprise uniquement selon une logique d'association. Les facteurs impliqués sont nombreux et interdépendants, en ce sens qu'un même facteur de risque reconnu empiriquement n'a pas le même poids dépendamment des autres facteurs auxquels il s'associe d'une part, et du contexte dans lequel il se joue d'autre part, ce qui implique une conception holistique de la problématique. C'est pourquoi l'approche centrée sur la personne est si intéressante; elle permet d'avancer des typologies à partir desquelles l'évaluation et la gestion du risque peuvent être plus personnalisées, plutôt que basées uniquement sur des contingences de groupe.

Conclusion

Cette thèse de doctorat a permis de préciser la compréhension du passage à l'acte violent commis par des individus souffrant de troubles mentaux graves en tenant compte de leur hétérogénéité. L'existence de quatre profils distincts d'individus violents vivant avec un trouble mental grave a été démontrée, en fonction du tableau clinique d'une part, et du type de comportement violent privilégié d'autre part. Ces quatre profils permettent un regard nouveau sur la violence, en confirmant son caractère taxinomique. Les individus souffrants de troubles mentaux graves ne sont pas tous violents mais, surtout, ils ne le sont pas tous de la même manière. Certains commettent davantage des homicides, d'autres se limitent plutôt à des voies de fait, alors que certains posent des gestes violents sans distinction quant au type de comportement violent privilégié. Cette étude fait ressortir de façon originale l'importance des caractéristiques individuelles dans la compréhension du comportement violent et de l'homicide. En plus de valider les typologies avancées antérieurement, cette étude a permis de confirmer la présence d'une spécificité clinique propre aux individus violents; elle permet maintenant d'avancer l'idée d'une spécificité délictuelle. L'approche centrée sur la personne à la base de la recherche permet un nouveau regard sur les facteurs associés à la violence chez les individus souffrant de troubles mentaux graves, en mettant l'accent non pas sur les facteurs associés de façon cumulative, mais plutôt sur leur agencement spécifique. Ceci amène une réflexion plus poussée sur l'évaluation et la gestion du risque de comportements violents chez ces individus. Chez les personnes ayant un trouble mental

grave, les problématiques sont souvent multiples, interdépendantes; elles ne contribuent pas de la même manière au comportement violent, dépendamment des facteurs associés et de leur organisation les uns avec les autres. Ceci suggère de porter un regard plus individualisé au niveau de l'évaluation, et de prioriser une approche intégrée et personnalisée au niveau du traitement et de la gestion du risque, c'est-à-dire une approche qui tient compte de la problématique de l'individu dans son ensemble.

Références

- Appelbaum, G. M., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions : Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., & Saleed, W. (1997). Violence and homicidal behaviours in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 405-425.
- Bergman, L. R., & Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 291-319.
- Bergman, L. R., Magnusson, D., & El-Khoury, M. B. (2003). *Studying Individual Development in an Interindividual Context : A Person-Oriented Approach*. Mahwah (N.J.): Lawrence Erlbaum.
- Björkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 616-631.
- Björkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 605-615.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Cardinal, C., & Côté, G. (2003). *La clientèle psychiatrie-justice au Centre de détention de Rivière-des Prairies et à l'Institut Philippe Pinel de Montréal*. Rapport présenté au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Montréal : Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Côté, G. (2000). Commentary on "Reducing violence risk: Diagnostically based clues from the MacArthur violence risk assessment study", by John Monahan and Paul S. Appelbaum, and "Immediate precursors of violence among persons with mental illness: A return to a situational perspective", by Henry J. Steadman and Eric Silver. In S. Hodgins (Ed.), *Effective prevention of crime and violence among the mentally ill* (pp. 49-57). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
- Côté, G., & Hodgins, S. (2003). Les troubles mentaux et le comportement criminel. Dans M LeBlanc, M. Ouimet & D. Szabo (Éds.), *Traité de criminologie*, 3^{ième} édition (pp. 503-548). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, G., Hodgins, S., Toupin, J., & Pham, T. H. (2000). Psychopathie et comportements violents. Dans T.H. Pham et G. Côté (Éds.), *Psychopathie : Théorie et recherche* (pp. 75-95). Villeneuve-d'Ascq, France : Presses Universitaires du Septentrion.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 852-865.
- Dumais, A., Côté, G., & Lesage, A. (2010). Clinical and sociodemographic profiles of male inmates with severe mental illness: A comparison with voluntarily and involuntarily hospitalized patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 172-179.
- Dumais, A., Potvin, S. Joyal, C., Allaire, J. F., Stip, E., Lesage, A., et al. (sous presse). Schizophrenia and serious violence: a profile analysis integrating impulsivity and substance use disorders. *Schizophrenia Research*.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 369-374.
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152-161.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Muller-Isberner, R., & Jockel, D. (2001). Homicide and schizophrenia : maybe treatments does have a preventive effect. *Criminal and Behavioral Mental Health*, 11, 6-26.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996a). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.

- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996b). Schizophrenia and homicidal behaviour. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-88.
- Fazel, S., & Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, 16, 2129-2131.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6, e1000120.
- Fioritti, A., Ferriani, E., Rucci, P., & Melega, V. (2006). Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 212-219.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health System.
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition*. Toronto: Multi-Health System.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instrument. *British Journal of Psychiatry*, 190, 60-65.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia : a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2505-2518.
- Hodgins, S. (2001). Les malades mentaux et la criminalité: cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes. Dans S. Bauhofer, P.-H. Bolle, & V. Dittman (Éds.). *Délinquants dangereux Gemeingefährliche Straftäter* (pp. 97-134). Zurich, Suisse : Verlag Rüegger-Chur.
- Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorder and crime: An etiological hypothesis. Dans D. Cooke, A. Forth & R.D. Hare (Éds.). *Psychopathy theory: Research and implications for society* (pp. 231-56). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Hodgins, S., Hiscoke, U. L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Science and the Law*, 21, 523-46.
- Joyal, C. C. (2005). Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic, numéro spécial « Psychiatrie et violence »*, 5, 5-9.

- Joyal, C. C., Côté G., Meloche, J., & Hodgins, S. (sous presse). Severe mental illness and aggressive behavior : On the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433-442.
- Koh, K. G. W. W., Peng, G. K., Huak, C. Y., & Koh, K. W. B. (2005). Are homicide offenders psychiatrically different from other violent offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 12, 311-318.
- Laajasalo, T., & Häkkänen, H. (2005). Offence and offender characteristics among two groups of Finnish homicide offenders with schizophrenia : Comparison of early – and late – start offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16, 41-59.
- Large, M., Smith, G., & Nielssen, O. (2009). The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 112, 123-129.
- Lesch, K. P., & Merschdorf, U. (2000). Impulsivity, aggression, and serotonin : a molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 581-604.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Éds.) *Violence and Mental Disorder* (pp. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.
- Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 555-560.
- Magnusson, D. (1998). The logic and implications of a person-oriented approach. In R. B. Cairns, L. R. Bergman, & J. Kagan (Eds), *Methods and models for studying the individual* (pp. 33-64). London : Sage.
- Matejkowski, J. C., Cullen, S. W., & Solomon, P. L. (2008). Characteristics of persons with severe mental illness who have been incarcerated for murder. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 36, 74-86.

- Mathieu, C., & Côté, G. (2009). A modelization of the differences found in early- and late-starters French Canadian offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 25-32.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1994). Toward a rejuvenation of risk assessment research. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 1-17). Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129-134.
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 626-636.
- Nolan, K. A., Volavka, J., Mohr, P., & Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50, 787-792.
- Nordström, A., Dahlgren, L., & Kullgren, G. (2006). Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 192-203.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C. C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders of Mentally Ill Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 59-72.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent Offenders : Appraising and Managing Risk*. Washington. DC : American Psychological Association.

- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). *Violent Offenders : Appraising and Managing Risk (2nd ed.)*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Retz, V., Retz-Junginger, P., Supprian, T., Thomes, J., & Rösler, M. (2004). Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence L Relation with personality disorders, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 415-425.
- Ries, R. K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K. A., Srebnik, D., & Roy-Byrne, P. 2000. Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatric Services*, 51, 210-215.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, Th., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, Th. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 98-107.
- Shaw, J., Appleby, L., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H., & Parsons, R. (1999). Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1240-1244.
- Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., McCann, K., Burns, J., Kapur, N., & Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, 101, 1117-1124.
- Simpson, A. I. F., Skipworth, J., McKenna, B., Moskowitz, A., & Barry-Walsh, J. (2006). Mentally abnormal homicide in New Zealand as defined by legal and clinical criteria: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 804-809.
- Statistique Canada (2010, mise à jour le 26 octobre 2010). Homicides et taux d'homicide, par province et territoire. Récupéré du site de l'organisme : <http://www40.statcan.ca/l02/cst01/legal12a-fra.htm>.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods, *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Swanson, J. W., Borum, R., & Swartz, M. S. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.

- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Taylor, P. J., Leese, M., William, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-26.
- Tengström, A., Grann, M., Långström, N., & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24, 45-48.
- Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 205-218.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). Assessing Risk of Violence to Others. Dans C. D. Webster & M. A. Jackson (Éds), *Impulsivity : Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 251-277). New York : Guilford.
- Wolfgang, R., Petra, R.-J., Tilmann, S., Johannes, T., & Michael, R. (2004). Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence : Relation with personality disorders, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 415-425.

Appendice

Revue CRIMINOLOGIE : Directives de publication

Revue CRIMINOLOGIE

DIRECTIVES DE PUBLICATION

Criminologie ne publie que des textes originaux et inédits en français sur des résultats de recherche se rapportant à la délinquance, à la criminalité et à leur contrôle. Les articles sont évalués anonymement par un comité de lecture extérieur au comité de rédaction.

Tout article ne respectant pas les normes ci-dessous énumérées sera renvoyé à son auteur.

Soumission des textes

- < Les textes doivent parvenir à la rédaction sous forme de fichier électronique (en format Word ou RTF) envoyé à revuecriminolo@cicc.umontreal.ca. Un accusé de réception électronique suivra la réception du document.

Présentation des documents

- < Les textes doivent être présentés à double interligne. Ils ne doivent pas contenir plus de **6 000 mots**.
- < La première page doit présenter le titre du texte, le nom des auteurs, leur affiliation professionnelle, leur courriel, ainsi que **le nombre de mots**, suivis de 2 résumés d'au plus 15 lignes chacun, l'un en anglais et l'autre en français.
- < Parce que les textes sont évalués à l'aveugle, il est très important que les auteurs s'assurent que les articles soumis ne contiennent aucune information permettant de les identifier.

Tableaux

- < Les tableaux doivent être créés avec les fonctionnalités appropriées du traitement de texte. Les items des cellules ne devraient donc pas être séparés avec des tabulations mais plutôt avec de véritables cellules. Appliquer des bordures là où on en veut et des trames transparentes là où on ne veut pas de bordures.
- < Les numéros et les titres de tableaux doivent se trouver dans deux paragraphes différents au-dessus du tableau (le premier pour le numéro, le second pour le titre).
- < Les tableaux doivent être insérés dans le texte après le premier paragraphe où on y réfère pour la première fois.

Figures

- < Dans le texte, les numéros, titres et légendes/source de figures doivent se trouver dans trois paragraphes différents.
Exemple :
Figure 1
L'évolution démographique de Shawinigan, 1921-1976
Source : Recensement du Canada, de 1971 à 1976.
- < Joindre des versions électroniques des figures en format TIFF ou EPS avec une excellente résolution.

Notes

- < Les notes doivent être numérotées et apparaître en bas de page. Utiliser la fonction appropriée du traitement de texte pour lier les notes de bas de page avec les appels de notes dans le texte.
- < Les appels de notes sont en exposant et se trouvent immédiatement après le passage auquel ils renvoient et avant la ponctuation.
- < Les auteurs doivent éviter d'utiliser les notes pour expliquer et approfondir leurs propos et les réserver pour des précisions essentielles.

Références citées dans le texte

- < Ne pas citer les renseignements bibliographiques en entier dans le texte ou en notes infrapaginales. Il suffit

d'indiquer, entre parenthèses, le nom de l'auteur suivi de l'année de publication. S'il y a lieu, indiquer les pages auxquelles on se réfère en les faisant précéder d'un deux-points. Ex : (Boileau, 1991 : 312-313).

- < Si le nom de l'auteur est déjà mentionné dans le texte, le faire suivre par l'année (et les pages s'il y a lieu) entre parenthèses. Ex : Boileau (1991).
- < Lorsqu'un auteur a plus d'un ouvrage publié la même année, les distinguer par les lettres a, b, c, etc., ajoutées à l'année. Ex : (Boileau, 1991a).
- < Si plusieurs auteurs sont mentionnés, les indiquer par ordre croissant d'année de publication et les séparer par un point-virgule. Ex : (Fagnan, 1991; Dupuis, 1995; Tardif, 1998).
- < Si un ouvrage compte deux auteurs, mentionner les deux noms.
- < Si un ouvrage compte plus de deux auteurs, ne mentionner que le premier nom suivi de " *et al.* " en italique. Ex : (Bourbonnais *et al.*, 1997).
- < Les références complètes devront apparaître dans la liste des références, à la fin du texte.

Liste des références

- < La liste des références doit être présentée à la fin du texte dans une section intitulée " Références ".
- < Lorsque plusieurs références se rapportent à un même auteur, les présenter en ordre croissant d'année de publication.
- < Lorsque qu'une référence comporte plusieurs auteurs, tous les noms doivent être mentionnés. Ne pas utiliser *et al.* dans la liste des références.

Normes à suivre pour la présentation des références (normes de l'APA)

Les noms des auteurs sont saisis en petites capitales.

- < **Livre :** Sanders, D.H., Murph, A.F., & Eng, R.J. (1984). *Les statistiques, une approche nouvelle*. Montréal : McGraw-Hill Éditeurs.
- < **Article :** Brillon, Y. (1986). L'opinion publique et les politiques criminelles. *Criminologie*, 19 (1), 227-238.
- < **Chapitre d'un livre :** Lasvergnas, I. (1987). La théorie et la compréhension du social. In B. Gauthier (ed.), *Recherche sociale* (111-173). Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Sources électroniques :

Périodique en ligne :

Auteur, S. (Année). Titre de l'article. *Titre du périodique*, VV, NN. Consulté le jour, mois, année, URL.

Ex. :

Smith, C. A. & Ireland, T. O. (2005). Les conséquences développementales de la maltraitance des filles. *Criminologie*, 38, 1. Consulté le 23 février 2006, <http://www.erudit.org/revue/crimino/2005/v38/n1/011486ar.pdf>.

Document en ligne :

Auteur, A. (Année). *Titre du document*. Consulté le jour, mois, année, URL.

Ex. :

APA Online (2001). *Electronic References*. Consulté le 23 février 2006, <http://www.apastyle.org/electgeneral.html>.